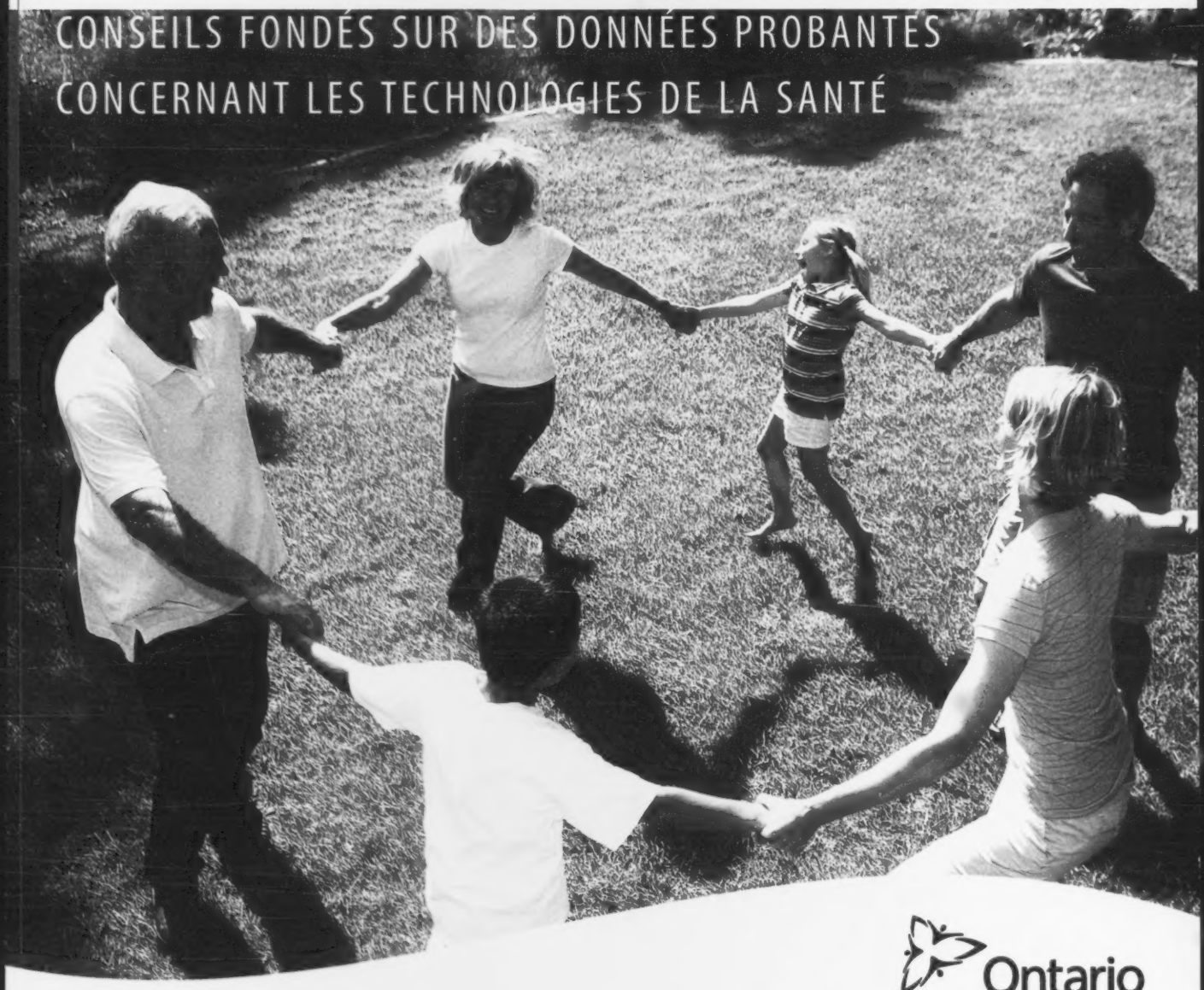
CCOTS

COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN
DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

CONSEILS FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES CONCERNANT LES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ



Ontario

CCOTS

COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN
DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

Message du président 1

Message du conseiller principal en technologies de la santé et en médecine et sciences 2

Méthode d'évaluation des technologies de la santé de l'Ontario 4

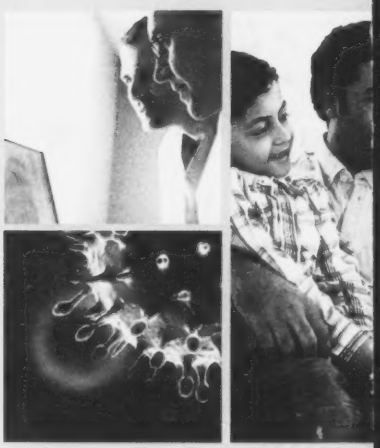
- À propos du CCOTS 6
- Présentation des membres 7
- À propos du SSCM 8
- Conseils sur les meilleures technologies de la santé pour l'Ontario 9
- Perfectionnement du cadre décisionnel 9
- Élargissement de la participation du public 10
- Faits à noter au sujet du CCOTS et du SSCM 10
- Utilisation de données probantes en vue d'orienter le processus décisionnel des hôpitaux 11

En bref : examens fondés sur des données probantes et mises à jour de 2009 12

Faits saillants : analyses fondées sur des données probantes et recommandations 14

- Méga-analyses : comparaison simultanée de multiples interventions 17
- Modèles analytiques décisionnels de l'Ontario 19
- Évaluations sur le terrain 20
- Évaluation de l'efficacité de chaque technologie 23
- Mises à jour des données probantes 26

Le projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé 28



MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CCOTS

Les systèmes de santé du Canada et du monde entier font face à des restrictions et à des pressions budgétaires en raison de l'accroissement de la demande de services et de la montée en flèche des coûts. La prise de décisions est complexe étant donné que les chefs de gouvernement sont obligés d'établir les priorités et de faire des choix difficiles pendant que la pression s'intensifie en vue de financer de nouvelles technologies de la santé qui n'ont peut-être pas fait leurs preuves. En ces temps de flux et de reflux, il importe encore plus d'être hyperprudent et vigilant afin de saisir, d'une part, les meilleures options que le contexte en évolution peut apporter tout en protégeant, d'autre part, ce qui est précieux et bon.

L'Ontario vit une période de transformation importante en raison de l'intégration de plus en plus poussée de données probantes au processus décisionnel en matière de politiques. La norme d'excellence a changé au fil des ans et les décideurs, sans exception, se posent désormais la question suivante : « Quelles sont les preuves? »

Il s'agit d'un changement important étant donné que les données probantes orientent les politiques dans une direction qui s'avère durable, avantageuse sur le plan clinique et rentable. Plusieurs facteurs ont alimenté cette transformation.

Le gouvernement de l'Ontario devrait être félicité d'avoir eu la prévoyance d'investir dans l'évaluation des technologies de la santé et d'en avoir utilisé les résultats pour prendre des décisions en matière de politiques et de financement.

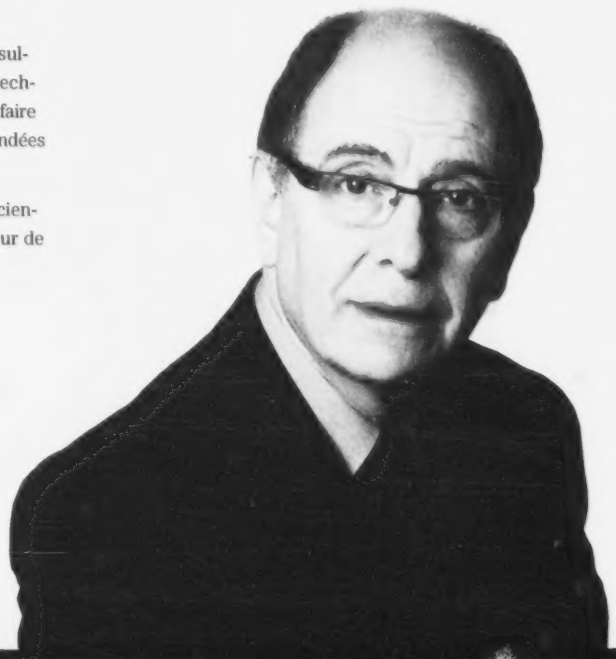
En outre, la collaboration entre le Secrétariat des services consultatifs médicaux (SSCM) et le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) a constitué un moyen efficace de faire avancer cette transformation vers une culture de « politiques fondées sur des données probantes ».

Le SSCM et ses partenaires de recherche renforcent l'aspect scientifique et impartial du processus, alors que la valeur et la rigueur de leurs recherches et de leurs analyses sont de calibre mondial.

Le Secrétariat a suscité la collaboration et le soutien des experts cliniques, des chercheurs et autres partenaires du domaine des soins de santé au sein des établissements cliniques de l'ensemble de la province. Par conséquent, l'Ontario est devenu un chef de file international en matière d'évaluation des technologies de la santé. Au nom de mes collègues du Comité, je vous remercie.

Le CCOTS, qui se compose de leaders représentant l'ensemble de la communauté des soins de santé de la province, examine les données scientifiques et les met à la lumière du monde réel de tous les intervenants.

Le Comité est enthousiaste, dynamique, ambitieux et exigeant; il se soucie surtout intensément de ses processus et de leur contenu en évaluant, analysant et traitant continuellement et avidement les données et l'information afin de maximiser son efficacité et, en bout de ligne, d'améliorer les soins aux patients. Je remercie mes collègues du CCOTS pour leur engagement, leurs compétences et leur passion. Le travail du SSCM et du CCOTS est remarquable sur le plan de la qualité et il n'y a rien de comparable dans le monde.



D^R WILLIAM SHRAGGE

MESSAGE DU CONSEILLER PRINCIPAL EN TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ ET EN MÉDECINE ET SCIENCES

Il s'agit d'une époque stimulante pour l'évaluation des technologies de la santé en Ontario et je suis heureux de souligner certains des progrès importants qui ont été réalisés en 2009.

L'Ontario continue de lever la barre en matière d'évaluation des technologies de la santé en s'attaquant à de nouvelles frontières. Nos méga-analyses sont des examens approfondis fondés sur des données probantes dans lesquelles plusieurs, sinon la totalité, des interventions relatives à un état pathologique ou un état de santé donné font l'objet d'une comparaison directe. Dans la mesure du possible, les analyses comprennent des données propres à l'Ontario en vue de fournir un contexte pour les interventions et, si la technologie est efficace, une analyse de la rentabilité comparative de chaque traitement. Les analyses portant sur la prévention et la prise en charge des plaies de pression chroniques et les méthodes de dépistage du cancer colorectal en constituent deux bons exemples. Les méga-analyses ont modifié le contexte de l'évaluation des technologies de la santé en Ontario et ont rapidement donné des avantages aux décideurs provinciaux en matière de soins de santé.

Notre travail a continué d'évoluer l'an dernier grâce à la création d'outils avancés de modélisation économique en matière de politiques connus sous le nom de modèles analytiques décisionnels de l'Ontario. Les outils de modélisation, qui ont été mis au point par nos partenaires de recherche du Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative et du Program for Assessment of Technology in Health, fournissent une plate-forme commune servant à évaluer et à prévoir les résultats et les incidences de diverses interventions et à prioriser les décisions d'investissement.

Ce qui distingue ces modèles, c'est qu'ils reposent sur des données probantes et autres données provinciales, qu'ils sont destinés à de multiples utilisations et qu'ils sont capables de prévoir les coûts à court et à long termes ainsi que les avantages d'un certain nombre d'interventions. Par conséquent, l'Ontario s'est maintenant doté de modèles d'analyse décisionnelle complets qui offrent des avantages éprouvés en matière de prise de décisions. Par exemple, le modèle relatif au diabète a été particulièrement utile pour évaluer l'efficacité comparative de divers éléments de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète.

Notre Programme d'évaluation sur le terrain, qui continue d'être le plus important à l'échelle mondiale, permet de financer les nouvelles technologies sous condition en attendant d'obtenir des données probantes. Il fournit aux décideurs des données qui en prouvent l'efficacité avant de prendre des engagements de financement à long terme de plusieurs millions de dollars. Les évaluations sur le terrain se sont déjà révélées précieuses pour diminuer la courbe de diffusion et des coûts et réaliser des économies nettes de 200 à 500 millions de dollars par année. La mise en œuvre de la tomographie par émission de positons (TEP) n'est qu'un exemple de la façon dont les évaluations sur le terrain ont appuyé l'avènement réfléchi de nouvelles technologies.

Le SSCM et le CCOTS se sont empressés d'utiliser les données cliniques dans le but d'améliorer les résultats pour les patients et l'efficacité du système. Le processus ne vise que l'équité et l'amélioration de la qualité. Le modèle décisionnel du CCOTS, qui est transparent, responsable et cohérent, a été perfectionné au fil des ans afin de tenir compte des preuves d'efficacité, des préférences des patients, des considérations morales, de l'optimisation des ressources et de la faisabilité. Nous favorisons la participation du public, non seulement dans le cadre des travaux du Comité de référence des citoyens (Comité des citoyens), qui a été mis sur pied l'an dernier, mais aussi au besoin d'autres démarches à plusieurs volets visant la mobilisation du public et des patients, dont des groupes de sondage et de discussion, suivant le cas.

Nous avons reçu des invitations de partout dans le monde pour partager la méthode d'évaluation des technologies de la santé de l'Ontario. Il a été très flatteur de voir la liste de plus en plus longue de revues et d'organismes internationaux qui examinent et citent nos publications, avant même qu'elles ne soient publiées dans les *Ontario Health Technology Assessment Series* du SSCM, qu'on a accepté cette année d'inclure dans MEDLINE et EMBASE.

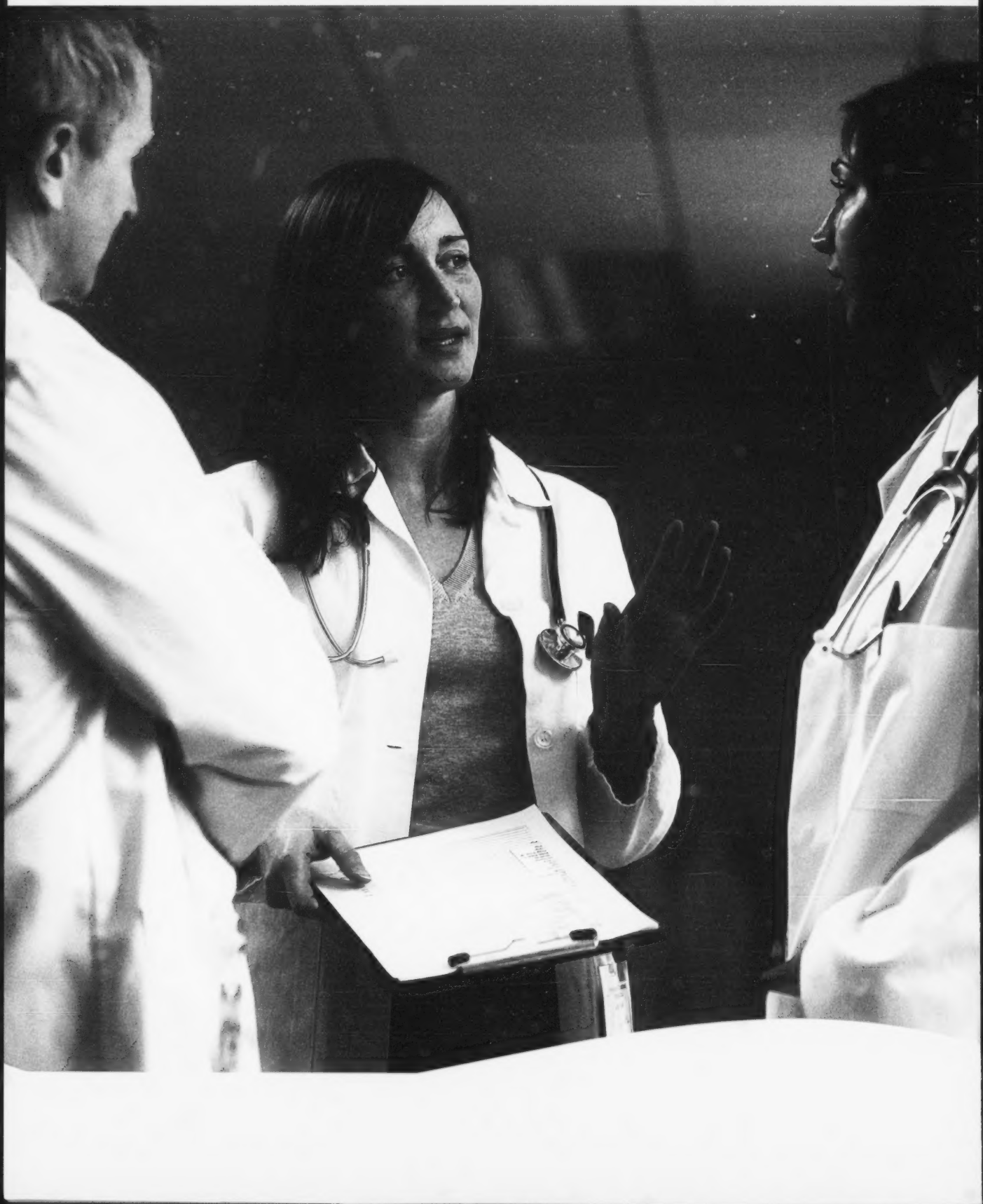
Le fait que l'Ontario soit un chef de file mondial en matière d'évaluation des technologies de la santé est un hommage au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), qui en a financé et encouragé la mise au point, au personnel du SSCM, aux membres avertis et assidus du CCOTS et à notre vaste réseau de partenaires. Ce travail n'a été possible que grâce à l'une des plus importantes formes de collaboration à voir le jour au sein de notre système de santé. Nos partenaires comprennent notamment les universités, les hôpitaux, les services de santé communautaires, l'Ontario Medical Association, le MSSLD, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, le Council of Academic Hospitals of Ontario, les travailleurs de la santé de première ligne, les bioéthiciens, les économistes de la santé, les épidémiologistes cliniques, les bioingénieurs, Action Cancer Ontario, le Réseau ontarien de soins cardiaques, l'Ontario Clinical Oncology Group, l'industrie, les responsables des décisions stratégiques et plusieurs autres.

En collaboration avec le MSSLD et nos partenaires, nous sommes impatients de poursuivre notre quête visant à fournir les meilleurs conseils et données probantes en vue d'orienter le processus décisionnel et d'améliorer les résultats pour les patients.

DR LESLIE LEVIN

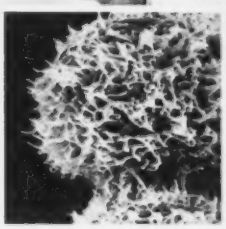
« Il est de plus en plus reconnu que, pour améliorer la qualité des soins aux patients et les résultats de ces soins, les données probantes doivent guider la pratique clinique et la prise de décisions. L'Ontario a déjà fait sa marque comme chef de file en matière d'analyse fondée sur des données probantes. La rigueur de l'évaluation par le CCOTS des données probantes fournies par le SSCM et ses partenaires est louable, donnant lieu à des recommandations crédibles pour mettre en place de nouvelles technologies de la santé dans la province. »

Karen Michell, ***directrice générale, Council of Academic Hospitals of Ontario***



DÉMARCHE ONTARIENNE

D'ANALYSE DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES



« Le Secrétariat des services consultatifs médicaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario propose une démarche intéressante en matière d'évaluation des nouvelles technologies et des nouveaux produits. Ce portail unique d'évaluation des nouvelles technologies est appuyé à la fois par les hôpitaux, qui tirent avantage d'une évaluation centralisée, et l'industrie, qui le considère comme un moyen plus rapide de mettre en place de nouvelles technologies. »

Arthur D. Little, ***UK Sector Competitiveness Analysis of Six Healthcare Equipment Segments,*** **mai 2006.**

De nouvelles technologies sont mises en place dans les systèmes de soins de santé à un rythme de plus en plus accéléré, offrant des avantages potentiels sur le plan de la santé des patients, bien qu'elles augmentent habituellement les coûts qu'engagent les pouvoirs publics. En Ontario seulement, le budget de la santé financé par les deniers publics en 2008–2009 s'élevait à plus de 40 milliards de dollars. Le Secrétariat des services consultatifs médicaux (SSCM) et le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) examinent les demandes de financement de nouvelles technologies de la santé (à l'exception des médicaments et des technologies de l'information), qui totalisent environ 2 milliards de dollars par année en Ontario. Étant donné que les systèmes de santé du monde entier sont aux prises avec des problèmes de viabilité et d'abordabilité, les données prouvant l'efficacité et la rentabilité des technologies de la santé deviennent de plus en plus importantes. Cela est particulièrement important pour les responsables des décisions stratégiques qui ont besoin de savoir si les technologies qu'on leur demande d'appuyer sont avantageuses sur le plan clinique et rentables, quels risques potentiels elles posent aux patients et comment elles se comparent aux traitements existants.

Compte tenu de l'attention croissante accordée partout dans le monde à la responsabilisation, à la transparence et à la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de soins de santé, l'Ontario se situe nettement à l'avant-garde. Notre province, qui possède une riche histoire en ce qui a trait aux analyses fondées sur des données probantes, a été un précurseur de l'élaboration de soins fondés sur de telles données. Par l'entremise du SSCM et du CCOTS, l'Ontario encourage la collaboration entre les experts cliniques sur le terrain, mobilise les spécialistes de la méthodologie ontariens talentueux et les fabricants de matériel médical innovateur, définit les politiques et démarque la province comme chef de file mondial des évaluations sur le terrain et de l'analyse des technologies de la santé.

Le SSCM a reçu et accepté des invitations de partout dans le monde pour partager la démarche ontarienne relative aux technologies de la santé ainsi que ses processus et ses résultats de même que ceux du CCOTS. On a en outre fait mention de ces travaux dans de nombreux rapports et articles à l'échelle nationale et internationale. En fait, l'*Ontario Health Technology Assessment Series* (OHTAS), publiée par le SSCM, a été choisie cette année pour faire partie de MEDLINE et d'EMBASE.

À PROPOS DU COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CCOTS)

Le CCOTS est un comité indépendant qui formule des recommandations à l'intention du système de soins de santé de l'Ontario et du MSSLD au sujet des technologies de la santé qui conviennent à la province.

Sur le plan fonctionnel, le CCOTS établit un pont entre le monde des sciences et celui de la prise de décisions en matière de soins de santé en appliquant les données probantes recueillies partout dans le monde et dans la province aux besoins particuliers des patients, des fournisseurs, des administrateurs d'établissements et des responsables des décisions stratégiques ontariens. Ce comité, qui se concentre sur les applications, reçoit des demandes de sources multiples et les examine. En outre, il procède à l'analyse d'autres méthodes de diagnostic ou de traitement afin de régler les principaux problèmes auxquels font face les patients ontariens en ce qui concerne les maladies aiguës et chroniques.

Le comité, mis sur pied en octobre 2003, se compose d'au moins 12 membres, dont des représentants de l'Ontario Medical Association et de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Le sous-ministre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) nomme les membres pour un mandat renouvelable de deux ans. Le chef du SSCM et d'autres cadres supérieurs du ministère en sont membres d'office. Les membres comprennent des dirigeants des secteurs hospitalier et communautaire et de celui des soins de longue durée, des professions infirmière et médicale (MEDEC) ainsi que des experts en économie de la santé, en éthique et en évaluation des technologies.

« Le CCOTS s'est fait connaître à l'échelle internationale grâce à son évaluation des nouvelles technologies et à la rigueur de ses analyses. Au bout du compte, les patients ontariens tirent profit du travail du CCOTS étant donné que les nouvelles technologies qui s'avèrent avantageuses sur le plan clinique et rentables sont mises en place plus tôt au sein du système de soins de santé de l'Ontario. La recherche découlant des recommandations du SSCM et du CCOTS a aidé les hôpitaux à obtenir l'approbation du financement de plusieurs nouvelles technologies telles que la stimulation cérébrale profonde pour le traitement de la maladie de Parkinson, la chirurgie bariatrique pour les patients obèses et la tomographie par émission de positons. Le RUS collabore de plus en plus avec le CCOTS dans le cadre de ses propres recherches de pointe et du partage des résultats. »

Dr Robert Bell, *président et chef de la direction, Réseau universitaire de santé*

Photo (de gauche à droite) :
Frank Wagner, Mita Giacomini, Dr David Henry, Ron Goeree, Dr William Shragge (devant), Boris Kralj, Ron Saddington, Dr Leslie Levin (devant), Dr William K. Evans, Tony Easty, Dr Charles Wright, Dr David R. Urbach, Karen Michell, Linda Novotny, Murray Glendining, Birthe Jorgensen, Dr Robert Thomson, Dr Chaim Bell et Dr Jeremy M. Grimshaw.
Absents : *Dr Paul Cooper, Stephen Dibert, Dr Gregory Flynn, Michael Hillmer, Ana P. Johnson, John King, Dr Murray Krahn, Judy Langille, Sandy Nuttall, Mary Catherine Lindberg, Bill MacLeod, John Oliver, Gino Picciano, Shirlee Sharkey, Dr W. Michael Thoburn et Dre Catherine Zahn.*

CCOTS

PRÉSENTATION DE NOS MEMBRES

PRÉSIDENT

Dr William Shragge
Chef de la direction, Associated Medical Services, Inc.; professeur émérite, Département de chirurgie de l'école de médecine Michael De Groote, Université McMaster

VICE-PRÉSIDENT

Dr Charles Wright
Conseiller en affaires médicales et pédagogiques; professeur émérite, Service des soins de santé et d'épidémiologie, Université de Colombie-Britannique

MEMBRES

Dr Chaim Bell
Professeur adjoint de médecine et de gestion et d'évaluation des politiques de santé, Université de Toronto; scientifique, Keenan Research Centre du Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael; scientifique auxiliaire, IRSS; médecin membre du personnel, médecine interne générale, Hôpital St. Michael

Dr Paul Cooper
Directeur médical principal, sciences neurologiques cliniques et services de soutien clinique, London Health Sciences Centre

Stephen Dibert
Président et chef de la direction, MEDEC (Sociétés canadiennes de technologies médicales)

Tony Easty, *Ph.D.*
Directeur principal, Centre for Global eHealth Innovation and Medical Engineering, Réseau universitaire de santé; professeur agrégé, Université de Toronto

Dr William K. Evans
Président, Juravinski Cancer Centre, Hamilton Health Sciences Centre; vice-président régional, Action Cancer Ontario

Dr Gregory Flynn
Directeur général, Programme de la gestion de la qualité – Services de laboratoire; président sortant, OMA

Mita Giacomini, *Ph.D.*
Professeure, épidémiologie clinique et biostatistiques; directrice, Health Policy PhD Program (programme de doctorat en politique de la santé), Université McMaster

Murray Glendining
Vice-président directeur, affaires corporatives, Hamilton Health Sciences Centre

Ron Goeree
Professeur agrégé, épidémiologie clinique et biostatistiques, Université McMaster; directeur, Programs for Assessment of Technology in Health (PATH) Research Institute

Dr Jeremy M. Grimshaw
Chercheur principal, Programme d'épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; directeur, Centre de recherche sur les pratiques exemplaires, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa (U d'O); professeur titulaire, Département de médecine, U d'O; directeur, Réseau-centre canadien Cochrane; Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'assimilation des connaissances dans le domaine de la santé

Dr David Henry
Président et chef de la direction, IRSS

Ana P. Johnson, *Ph.D.*
Professeure adjointe et titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les politiques en matière de santé, Centre for Health Services and Policy Research, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Queen's

John King
Vice-président directeur et DGA, Hôpital St. Michael

Dr Murray Krahn
Professeur, Département de médecine, Université de Toronto; titulaire de la chaire F. Norman Hughes en pharmacoéconomie, Faculté de pharmacie Leslie Dan; directeur, THETA (Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative)

Mary Catherine Lindberg
Ancienne directrice générale, Council of Academic Hospitals of Ontario

Bill MacLeod
Directeur général, Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton

Karen Michell
Directrice générale, Council of Academic Hospitals of Ontario

John Oliver
Président et chef de la direction, Halton Healthcare Services

Gino Picciano
Vice-président principal et directeur de l'exploitation, L'Hôpital d'Ottawa

Ron Saddington
Président et chef de la direction, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Shirlee Sharkey
Présidente et chef de la direction, Saint Elizabeth Health Care

Dr W. Michael Thoburn
Médecin de famille à la retraite et directeur général, OMA

Dr David R. Urbach
Professeur agrégé de chirurgie et de politiques sur la santé, gestion et évaluation, Université de Toronto

Frank Wagner
Bioéthicien, CASC du Centre-Toronto et Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto; professeur adjoint, Département de médecine familiale et communautaire

Dr Catherine Zahn
Présidente et chef de la direction, Centre de toxicomanie et de santé mentale

MEMBRE D'OFFICE

Dr Les Levin
Conseiller principal en technologies de la santé et en médecine et sciences, SSCM

REPRÉSENTANTS DIVISIONNAIRES DU MSSLD

Birthe Jorgensen, *Ph.D.*
Directeur, SSCM

Michael Hillmer, *Ph.D.*
Directeur, maladies chroniques, Direction des politiques et des relations liées au système de santé

Judy Langille
Conseillère principale en communication, Direction des communications et de l'information

Linda Novotny
Conseillère principale en programmes, Direction des programmes provinciaux

Sandy Nuttall, *Ph.D.*
Directrice, Direction de la stratégie d'investissement dans les nouvelles technologies des soins de santé

Wendy Seed
Directrice adjointe, Direction des communications et de l'information

Dr Robert Thomson
Conseiller médical, Direction des services de santé

À PROPOS DU SECRÉTARIAT DES SERVICES CONSULTATIFS MÉDICAUX

Le SSCM, créé en 2001, est une unité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) qui effectue des analyses fondées sur des données probantes des technologies de la santé en vue d'aider le CCOTS et le gouvernement de l'Ontario à formuler leurs recommandations et à prendre des décisions en matière de politiques et de financement. Composé d'épidémiologistes cliniques, d'analystes de politiques, de médecins, d'économistes de la santé ainsi que de membres du personnel de soutien, il effectue des examens systématiques des observations scientifiques et consulte les experts du milieu des services de soins de santé afin de produire les documents de l'Ontario Health Technology Assessment Series.

Chaque numéro présente les résultats d'une analyse par le SSCM des données probantes disponibles pour un état pathologique donné. Chaque sujet est abordé en détail afin de s'assurer que le CCOTS dispose de tous les renseignements et de toutes les données scientifiques disponibles sur lesquels il fonde ses décisions en matière de politiques.

L'éventail de sujets abordés est également diversifié, comprenant notamment les méthodes de dépistage de différents types de cancer, le traitement et la prise en charge du diabète et l'utilité clinique des tests sur la vitamine D.

En 2009, le SSCM a reçu le prestigieux Prix de leadership dans le secteur public décerné par l'Institut d'administration publique du Canada (IAPC) et Deloitte Consulting. Ce prix souligne les initiatives des gouvernements fédéral et provinciaux qui ont fait preuve d'un leadership exemplaire et les innovations qui améliorent le Canada grâce aux progrès réalisés en matière de politiques publiques et de gestion. L'évaluation des technologies de la santé pour le système de soins de santé de l'Ontario était en compétition avec 86 autres initiatives des gouvernements fédéral ou provinciaux du Canada pour obtenir cette distinction.

LE SECRÉTARIAT DES SERVICES CONSULTATIFS MÉDICAUX

« Le travail du CCOTS, du SSCM et de leurs partenaires de recherche est incroyablement intéressant et je me sens privilégié d'en faire partie. La diffusion des technologies a une incidence considérable sur les coûts du système de soins de santé. Ces données probantes aideront les dirigeants des RLISS à promouvoir de façon plus dynamique l'adoption rapide des technologies éprouvées tout en éliminant progressivement celles qui sont moins efficaces. »

Bill MacLeod, *chef de la direction, Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton*

orsqu'il s'agit de prendre des décisions sur le financement des technologies et des traitements peuvent avoir une incidence sur la santé des gens, il est essentiel que le processus soit explicite, érent et transparent. Nous ne pouvons prendre de décisions à la légère. Si les gens sont en accord ou se plaignent au sujet de la décision, comment expliquons-nous cela? Le CCOTS est en sure de justifier son travail, ses décisions et ses recommandations. »

***a P. Johnson**, présidente, Sous-comité des déterminants décisionnels du CCOTS, professeure adjointe itulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les politiques en matière de santé, Centre for lth Services and Policy Research, Université Queen's*

CONSEILS SUR LES MEILLEURES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ POUR L'ONTARIO

Les investissements récents du gouvernement de l'Ontario dans l'étude des données probantes avant de prendre des décisions relatives au financement des technologies se sont révélés extrêmement fructueux, permettant d'investir davantage dans les soins utiles aux patients grâce à l'évitement des coûts. Faisant appel à un processus rigoureux et transparent, le CCOTS a créé un forum en vue de formuler des recommandations à l'intention des praticiens ontariens, du MSSLD et du système de soins de santé dans son ensemble. Les recommandations du CCOTS reposent sur les analyses impartiales que réalise le SSCM à l'aide d'un processus de participation qui comprend des observations d'experts et d'intervenants, des interactions en personne, des systèmes de classement des sources de données scientifiques et leur pondération et des mécanismes permettant de susciter les opinions d'experts.

En 2009, on a constaté une utilisation accrue et une amélioration de l'outil de déterminants décisionnels que le CCOTS a adopté, surtout en ce qui concerne la façon d'intégrer la recherche qualitative, notamment les préférences des patients et les considérations morales. Le CCOTS continue de rechercher d'autres moyens de mobiliser le public non seulement dans le cadre des travaux d'un projet biennal de comité expérimental de citoyens sur les technologies de la santé, mais aussi en sollicitant des commentaires sur la portée et l'élaboration de ses analyses fondées sur des données probantes au moyen de technologies interactives en ligne.

PERFECTIONNEMENT DU CADRE DÉCISIONNEL

Au fil des ans, le CCOTS et le SSCM ont créé un outil de prise de décisions unique qui est l'un des plus robustes et complets au monde. Au départ, les recommandations du CCOTS reposaient sur la qualité des données probantes en faisant preuve d'une certaine indulgence à l'égard des technologies qui amélioraient la sécurité des patients.

Le CCOTS s'est de plus en plus tourné vers l'utilisation du processus GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) reconnu à l'échelle mondiale pour les analyses des données probantes qu'effectue le SSCM. Il applique ensuite les critères relatifs aux déterminants décisionnels pour évaluer les données probantes et les répercussions que les technologies pourraient avoir en Ontario.

L'un des facteurs distinctifs est que le CCOTS a non seulement conçu le cadre des déterminants décisionnels, mais aussi qu'il l'utilise et l'améliore constamment. Le cadre permet d'assurer la cohérence étant donné que les membres examinent les mêmes critères pour chaque technologie de la santé. Il s'agit en outre d'une méthode explicite qui place les critères au premier plan. Il est transparent et doté de méthodes clairement définies.

CRITÈRES RELATIFS AUX DÉTERMINANTS DÉCISIONNELS DU CCOTS

- **Avantage clinique global** (avantage net sur le plan de la santé, y compris la qualité des données probantes en matière d'efficacité et de sécurité)
- **Conformité aux valeurs sociétales et éthiques prévues** (les valeurs sociétales peuvent comprendre les préférences évaluées ou les principes éthiques se rapportant à l'utilisation des technologies)
- **Optimisation des ressources** (mesure du coût net ou de l'efficacité des technologies de la santé par rapport aux solutions de rechange disponibles)
- **Faisabilité de l'adoption** (mesure de la facilité avec laquelle les technologies de la santé peuvent être adoptées au sein du système de soins de santé de l'Ontario)

« Même si d'autres territoires de compétence procèdent aussi à des évaluations des technologies de la santé, l'Ontario a fait preuve d'une vigueur particulière dans ce domaine grâce au CCOTS, au SSCM et à leurs partenaires. Son travail, dont la grande portée s'est révélée efficace, s'est rapidement accéléré. L'Ontario tirera grandement avantage de ce travail en mettant en œuvre des technologies plus sûres et de meilleure qualité dans les années à venir. Les analyses et les recommandations sont scientifiques, réelles, ouvertes, inclusives, transparentes et crédibles. On constate une forte participation du public et des experts, ce qui suscite des discussions et des débats passionnés dont tout le monde tire profit. »

Tony Easty, ***directeur principal, Centre for Global eHealth Innovation and Medical Engineering, Réseau universitaire de santé***

ÉLARGISSEMENT DE LA PARTICIPATION DU PUBLIC

Le CCOTS a décidé d'accroître la participation du public, non seulement en encourageant la discussion et les commentaires des gens sur le terrain, mais aussi en sollicitant les observations des citoyens. Il s'est engagé à mettre en place un processus ouvert, axé sur la participation, qui permet de recueillir les différents points de vue en temps opportun et qui est sensible aux commentaires et aux demandes justifiés reposant sur des données probantes. Toutes les recommandations du CCOTS et les données probantes sur lesquelles elles se fondent sont affichées sur un site Web public, permettant ainsi à la population et aux professionnels de participer au processus et de formuler des commentaires. Pour consulter le site Web et savoir ce qui est en cours d'examen présentement, rendez-vous à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/masf/mas_mnf.html.

Parmi les faits nouveaux intéressants survenus en 2009, mentionnons la création d'un comité expérimental de citoyens composé de 14 membres qui a pour mandat de formuler des commentaires aux fins du processus d'évaluation. Cette initiative a été lancée dans le cadre d'un projet de recherche en collaboration dirigé par Julia Abelson du Centre for Health Economics and Policy Analysis et appuyé par le SSCM. Le comité, qui s'est réuni quatre fois en 2009, fait partie d'un projet pilote de recherche, d'une durée de deux ans, qui vise à élaborer et à mettre à l'essai des méthodes d'intégration des valeurs publiques dans les évaluations provinciales des technologies de la santé fondées sur des données probantes. À chaque réunion du comité, les citoyens abordent des questions difficiles relativement aux valeurs sociales qui devraient servir à orienter les évaluations et à la façon de déterminer ces valeurs. Les points de vue du comité, qui contribuent aux travaux du SSCM et du CCOTS, ont déjà porté fruit.

Par exemple, le CCOTS a tenu compte des commentaires du comité dans ses recommandations finales sur les tests de dépistage du cancer colorectal, recommandant que les cliniciens expliquent soigneusement toutes les options de dépistage (y compris les risques et les avantages) et que les gens devraient avoir la possibilité de refuser le dépistage sans craindre que leurs décisions nuisent à la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin.

FAITS À NOTER AU SUJET DU CCOTS ET DU SSCM

Analyses fondées sur des données probantes

- En 2009, le SSCM a effectué et parrainé 24 analyses fondées sur des données probantes, trois mises à jour de ces données et deux examens d'évaluation sur le terrain.

Visites des sites Web et abonnés au bulletin électronique

- Entre le 1er décembre 2008 et le 30 novembre 2009, les pages Web du SSCM et du CCOTS ont été consultées 243 464 fois.
- Les pages du SSCM et du CCOTS ont été les plus consultées de tous les sites du MSSLD de la section Professionnels de la santé à l'adresse www.health.gov.on.ca.
- Dans l'ensemble, les seules sections du site Web du MSSLD qui se sont classées devant les pages du SSCM et du CCOTS sont celles portant sur l'Assurance-santé de l'Ontario, les médicaments, la gestion des situations d'urgence et la santé publique. Ces sections suscitent un très grand intérêt auprès du public et des professionnels.
- Les pages Web du SSCM et du CCOTS sont celles qui comptent le plus d'accès à l'échelle internationale parmi tous les sites du MSSLD, des gens de 130 pays les ayant consultées en 2009.
- Le bulletin électronique du CCOTS compte plus de 670 abonnés.

« Le rythme des progrès technologiques s'accélère rapidement. Le CCOTS joue un rôle important en examinant ces nouvelles technologies et en fournissant des conseils importants fondés sur des données scientifiques et l'optimisation des ressources à l'appui de l'amélioration des soins prodigués aux patients. »

Dr Suzanne Strasberg, ***présidente, Ontario Medical Association***

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES EN VUE D'ORIENTER LE PROCESSUS DÉCISIONNEL DES HÔPITAUX

Il y a plus de six ans, le Dr Les Levin a communiqué avec Ron Saddington, président et chef de la direction du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. Il s'est adressé aux directeurs généraux des hôpitaux afin de voir comment la province pouvait s'attaquer à la diffusion de nouvelles technologies de la santé dont la valeur était limitée ou douteuse. Cette exploration et l'encouragement des dirigeants d'hôpitaux ont mené à la création du CCOTS dans le but de fournir des données probantes et des conseils sur le terrain.

Le moment était bien choisi pour M. Saddington, qui avait reçu de la part de son personnel médical des demandes d'investissements importants dans deux nouvelles technologies. Un radiologue des États-Unis, qui s'était joint à son équipe, désirait commencer à pratiquer des embolisations par spirale pour le traitement des anévrismes intracrâniens – une solution moins effractive que le cisaillement chirurgical. Les renseignements semblaient convaincants, mais peu d'hôpitaux pratiquaient cette intervention en Ontario et M. Saddington ne savait pas trop quoi faire. Au même moment, on lui demandait d'approuver l'achat d'un nouveau tomodensitomètre de même qu'un investissement supplémentaire de 500 000 $ pour l'acquisition d'un logiciel d'angiographie.

Dans les deux cas, M. Saddington cherchait des données prouvant que l'investissement était rentable et qu'il entraînerait de meilleurs résultats pour les patients. À titre de membre du CCOTS, il a demandé que l'on procède à des examens de ces technologies. Les résultats ont révélé que les embolisations par spirale sont sûres et efficaces, ce qui a amené le CCOTS à recommander que leur utilisation soit accrue et que des centres d'excellence soient établis dans l'ensemble de la province. Par contre, peu de données probantes appuyaient les déclarations du fabricant au sujet de l'angiographie CT. M. Saddington a décidé de ne pas investir dans cette technologie jusqu'à ce que des preuves à l'appui soient disponibles.

« Les analyses fondées sur des données probantes m'aident considérablement à titre de décideur, déclare M. Saddington. Le budget est serré et nous devons faire preuve de discernement en ce qui concerne les technologies dans lesquelles nous investissons. Si elles n'améliorent pas les soins aux patients, alors pourquoi devrions-nous les acheter? Les données probantes orientent la discussion et, outre l'évaluation des technologies, des techniques ont été mises au point en vue d'évaluer l'optimisation des ressources, ce qui est incroyablement utile. »

Pour connaître les tendances provinciales relatives au nombre d'embolisations par spirale et de réparations par cisaillement chirurgical à la suite des recommandations du CCOTS, veuillez vous reporter à la page 44 de la section portant sur le Projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé du présent rapport.

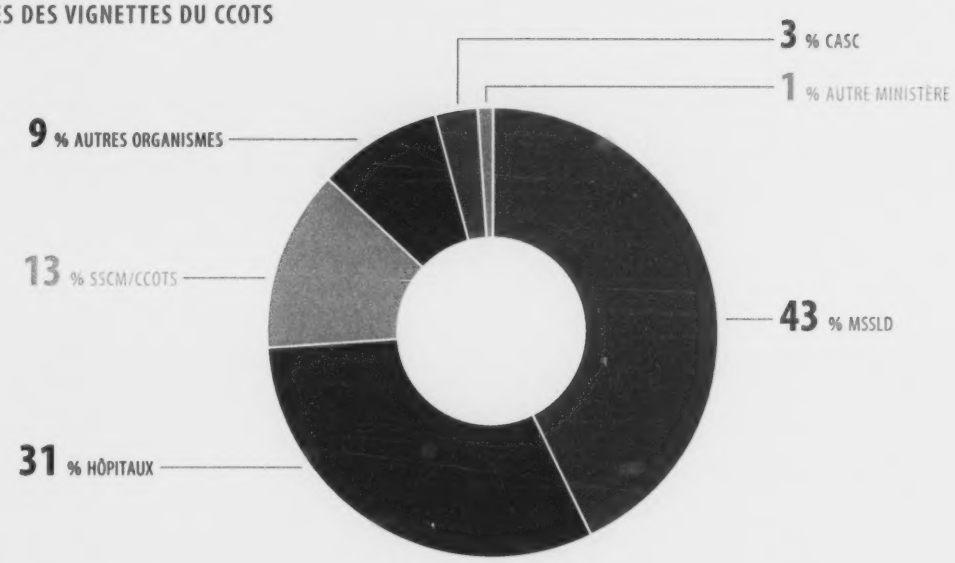
INVITATIONS À PRÉSENTER LES PROCESSUS ET LES RÉSULTATS DU SSCM ET DU CCOTS

Chaque année, des représentants du SSCM et du CCOTS reçoivent des invitations de gouvernements et de corps médicaux du monde entier pour présenter les résultats de leurs analyses ainsi que les méthodes d'évaluation utilisées. En plus des autres provinces canadiennes, les pays suivants ont invité le SSCM et le CCOTS à présenter leurs conclusions et leurs processus :

- États-Unis (notamment les instituts de médecine)
- Chine
- Angleterre
- Singapour
- Australie
- Belgique
- France
- Irlande
- Écosse

DEMANDES D'EXAMENS EN 2009

SOURCES DES VIGNETTES DU CCOTS



TOTAL POUR 2009 = 109

EN BREF : EXAMENS FONDÉS SUR DES DONNÉES PROBANTES ET MISES À JOUR DE 2009

MÉGA-ANALYSES ET MODÈLES ANALYTIQUES DÉCISIONNELS

Plaies de pression chroniques

- Prise en charge des plaies de pression chroniques
- Prévention des plaies de pression

Méthode de dépistage visant la détection précoce des polypes et des cancers colorectaux

- Colonographie par tomographie assistée par ordinateur pour le dépistage du cancer colorectal
- Colonographie par résonance magnétique pour le dépistage du cancer colorectal
- Endoscopie par capsule pour le dépistage du cancer colorectal
- Sigmoïdoscopie flexible pour le dépistage du cancer colorectal
- Recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal

Série sur les soins communautaires multidisciplinaires spécialisés

- Soins communautaires visant la prise en charge spécialisés des insuffisances cardiaques : analyse fondée sur des données probantes
- Soins communautaires visant la prise en charge spécialisés des insuffisances cardiaques : analyse de rentabilité et d'incidence budgétaire
- Soins communautaires multidisciplinaires visant la prise en charge des plaies chroniques : analyse fondée sur des données probantes

Stratégie de lutte contre le diabète – données probantes

- Pompes à perfusion sous-cutanée continue d'insuline pour les diabètes de types 1 et 2 chez l'adulte : analyse fondée sur des données probantes
- Interventions comportementales relatives au diabète de type 2 : analyse fondée sur des données probantes
- Chirurgie bariatrique chez les personnes souffrant de diabète et d'obésité morbide : analyse fondée sur des données probantes
- Soins communautaires visant la prise en charge du diabète de type 2 : analyse fondée sur des données probantes
- Télémonitorage à domicile du diabète de type 2 : analyse fondée sur des données probantes
- Application du modèle économique ontarien relatif au diabète afin de déterminer la rentabilité et l'incidence budgétaire de certaines interventions relatives au diabète de type 2 en Ontario

ÉVALUATIONS SUR LE TERRAIN

- Tomographie par émission de positons en Ontario
- Mise en œuvre et utilisation des systèmes intelligents d'administration de médicaments
- Modèle de rentabilité des compresses remplies de gel pour la prévention des plaies de pression chez les patients chirurgicaux

TECHNOLOGIES UNIQUES

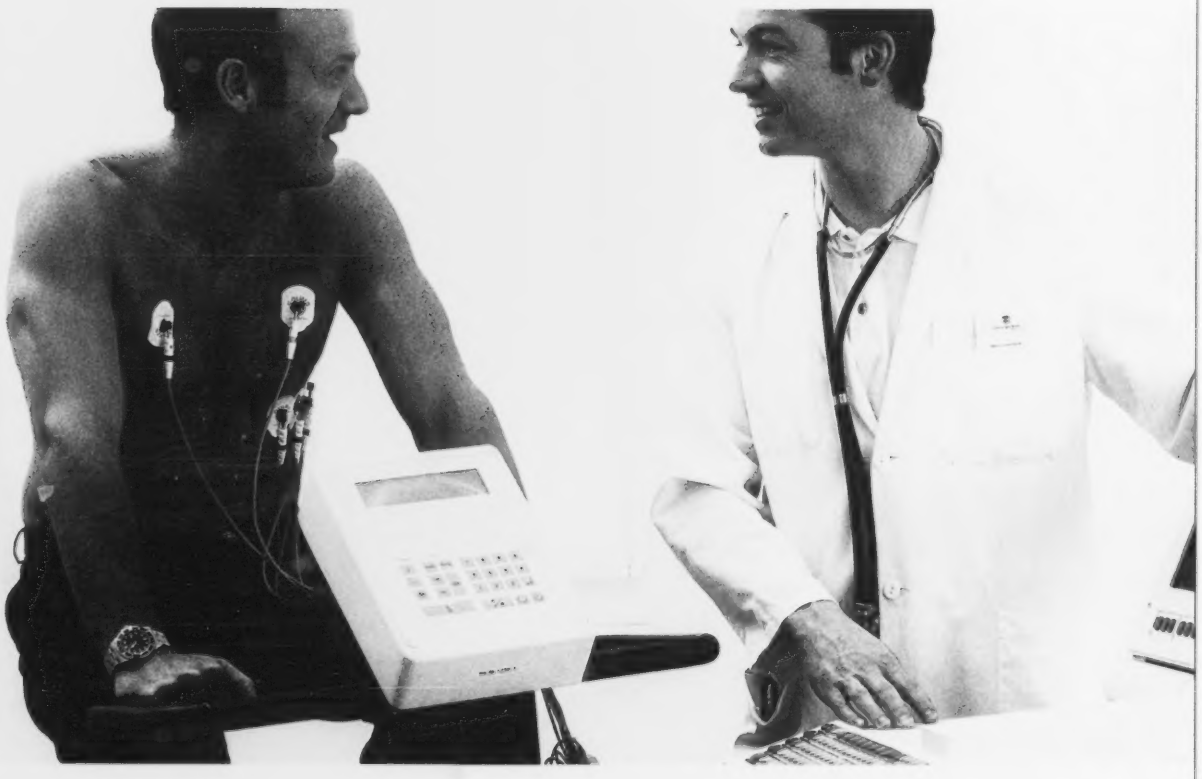
- Implants d'anneau cornéen intrastromal pour le traitement des troubles d'amincissement de la cornée
- Greffons endovasculaires avec fenêtres pour la réparation des anévrismes de l'aorte sous-rénale
- Dispositifs oraux pour le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- Dispositifs de surveillance aux points de service du rapport international normalisé (RIN) chez les patients suivant une anticoagulothérapie orale à long terme
- Tomographie par cohérence optique pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge et l'œdème maculaire diabétique
- Lentilles intraoculaires phakiques pour le traitement des erreurs de réfraction d'intensité faible à élevée
- Lentilles intraoculaires pour le traitement des cataractes liées à l'âge
- Dispositifs de dégagement des voies respiratoires pour la fibrose kystique
- Traitement par photothérapie aux ultraviolets du psoriasis modéré à grave

MISES À JOUR DES DONNÉES PROBANTES

- Réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients présentant un faible risque chirurgical
- Innocuité du cerclage gastrique ajustable par laparoscopie
- Stimulation gastrique électrique

RECHERCHES EN COURS EN 2010

- L'utilité clinique des tests sur la vitamine D
- IRM et mammographie numérique pour le dépistage du cancer du sein
- Examen cardiologique pour la cardiopathie ischémique à risque intermédiaire
- IRM pour les maux de tête
- Technologies de pointe comprenant :
  - les nouveaux remplacements valvulaires aortiques;
  - la pharmacogénomique – le SSCM dirige le comité d'experts provincial sur la pharmacogénomique.



FAITS SAILLANTS :

ANALYSES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES ET RECOMMANDATIONS

« Au cours des dernières années, le SSCM et le CCOTS sont allés au-delà de l'appui des décisions en matière de politiques et de l'évaluation des technologies en vue d'évaluer des stratégies systémiques plus globales telles que les initiatives visant à soutenir la stratégie Vieillir chez soi ainsi que le traitement et la prévention du diabète. De plus, ils ont accru leur crédibilité et réalisé d'importants progrès en mobilisant les décideurs et en communiquant leurs conclusions sur le terrain. »

John Oliver, ***président et chef de la direction, Halton Healthcare Services***

Les travaux du SSCM et du CCOTS ont pris une ampleur considérable au cours des dernières années; ils favorisent la collaboration entre les experts cliniques sur le terrain, mobilisent les spécialistes ontariens talentueux de la méthodologie, influencent les politiques et font de l'Ontario un chef de file mondial en matière d'analyse intégrée des technologies de la santé.

NOS PARTENAIRES DE RECHERCHE

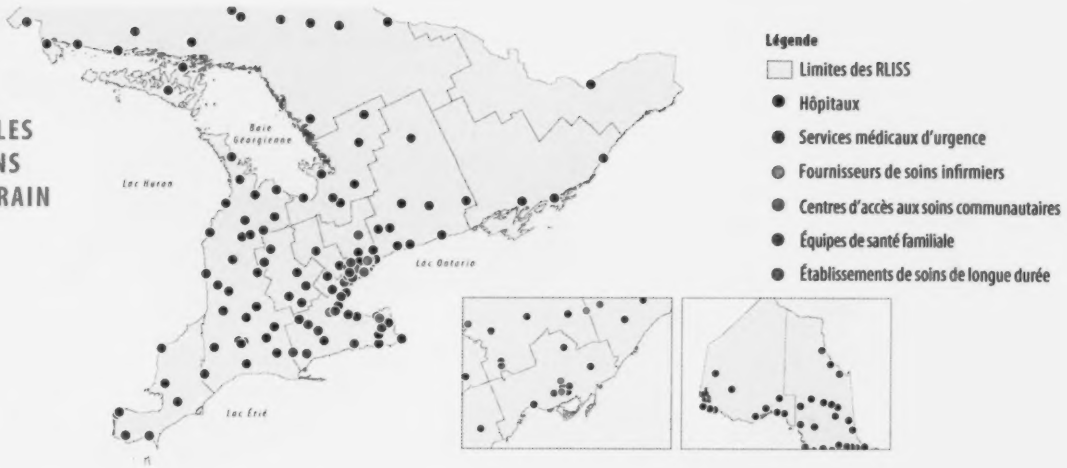
- Centres hospitaliers universitaires
- Healthcare Human Factors Laboratory, Réseau universitaire de santé
- Institut de recherche en services de santé (IRSS)
- Ontario Clinical Oncology Group, Action Cancer Ontario
- Comité des services de médecin, Ontario Medical Association
- Program for Assessment of Technology in Health (PATH) Research Institute, Université McMaster
- Organismes provinciaux se consacrant à diverses maladies
- Toronto Health Economic and Technology Assessment Collaborative (THETA), Université de Toronto

En 2009, le CCOTS a examiné les technologies de la santé et formulé des recommandations à leur égard dans le cadre de 24 analyses fondées sur des données probantes et de trois mises à jour effectuées par le SSCM. La présente section du rapport annuel présente quelques exemples des travaux réalisés au cours de la dernière année. On peut consulter l'ensemble des analyses fondées sur des données probantes et des recommandations sur le site Web du SSCM à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/masf/mas_mnf.html.

DE NOMBREUX TYPES D'ANALYSES FOURNISSENT DES DONNÉES PRÉCIEUSES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

À des fins décisionnelles, il importe d'évaluer l'efficacité relative des technologies. Au cours de ses premières années, le SSCM a procédé à l'examen de technologies uniques afin d'évaluer les répercussions potentielles que des dispositifs précis de grand intérêt pourraient avoir sur le système de soins de santé de l'Ontario. Il réalise de plus en plus d'examens élargis dans lesquels plusieurs, voire la totalité, des interventions relatives à un état pathologique donné sont directement comparées. Le SSCM a adopté une démarche connue sous le nom de méga-analyse qui a modifié le paysage de l'évaluation des technologies de la santé et rapidement procuré des avantages aux décideurs provinciaux en matière de soins de santé.

ENDROITS OÙ SONT RÉALISÉES LES ÉVALUATIONS SUR LE TERRAIN



On a constaté une utilisation accrue et le perfectionnement de la méthode des méga-analyses, qui comprend un examen systématique de toutes les données prouvant l'efficacité clinique des technologies connexes, des données ontariennes définissant le contexte de ces interventions et, le cas échéant, une analyse de la rentabilité comparative de chaque traitement.

Les travaux du SSCM ont en outre évolué afin d'aller au-delà de l'analyse des répercussions des coûts et, dans la mesure où des données sont disponibles, de mettre au point des outils perfectionnés de modélisation économique en matière de politiques connus sous le nom de **modèles analytiques décisionnels de l'Ontario**. Ces outils améliorent grandement la capacité des décideurs de faire des choix responsables dans un contexte de restrictions budgétaires en cernant les technologies dominantes pour le traitement d'un état pathologique ou d'un état de santé, tout en permettant de prioriser les décisions en matière d'investissement.

À la demande du CCOTS, le SSCM supervise et finance en outre les évaluations sur le terrain de technologies qui semblent prometteuses, mais pour lesquelles il n'y a pas de données suffisantes pour en prouver l'efficacité de manière à en justifier l'assurance à long terme.

Le Programme ontarien d'évaluation sur le terrain – l'un des plus importants du genre au monde – met à l'essai les nouvelles technologies de la santé en milieu clinique et en temps réel afin d'analyser toute incertitude à l'égard de la façon dont elles fonctionneront concrètement.

Enfin, le Healthcare Human Factors Group du Réseau universitaire de santé recueille des données supplémentaires sur la sécurité ou les facteurs humains se rapportant à une technologie. Une analyse des facteurs humains évalue la qualité de conception des technologies du point de vue des professionnels de la santé et des systèmes de santé et fournit des suggestions pour réduire les erreurs. Cette recherche étudie en outre l'efficacité relative de la formation visant à surmonter les limites de la conception des technologies qui pourraient augmenter les risques pour les patients.

En 2009, le SSCM a procédé à la **mise à jour de données probantes** afin de fournir des réponses rapides aux questions sur les technologies de la santé nouvelles ou déjà examinées qui ne nécessitaient pas d'examens complets.

PROCESSUS D'EXAMEN DES DONNÉES PROBANTES

27 semaines (maximum)

1 Examen préliminaire des données probantes	2 Réalisation de l'examen fondé sur des données probantes	3 Formulation des recommandations	4 Consultation auprès du public et des professionnels sur l'ébauche des recommandations découlant des analyses	5 Évaluation des commentaires du public	6 Affichage des recommandations
Moins de 4 semaines • CCOTS • SSCM	16 semaines • SSCM • Économistes de la santé • Experts cliniques • Guides d'opinion • Industrie	2 semaines • CCOTS • SSCM	3 semaines • Publics intéressés • Comité de référence des citoyens	2 semaines • SSCM	• Consultation ouverte • Publication des recommandations et de l'examen du CCOTS – site Web, revues spécialisées, bulletin électronique
• Sollicitation de commentaires sur la détermination des résultats pour les patients devant être examinés	• Analyses préparées par le SSCM en vue d'être présentées au CCOTS • Analyses économiques préparées au besoin par le SSCM ou THETA	• Examen par le CCOTS des analyses fondées sur des données probantes • Approbation par le CCOTS de l'ébauche de recommandation	• Sollicitation de commentaires auprès du public et des professionnels au moyen de processus de participation	• Examen des commentaires et détermination de la question de savoir si l'ébauche de recommandation doit être renvoyée au CCOTS	• Demande de commentaires et de mises à jour en tout temps et de n'importe quel endroit par voie de courriel aux adresses masinfo@ontario.ca et ohtacinfo@ontario.ca • Processus d'appel du CCOTS

Processus fondé sur des données probantes (18 semaines)

L'examen ontarien de la prévention des plaies et de la gestion des soins en la matière est un exemple de la façon dont différentes démarches, qui reposent sur des examens systématiques fondés sur des données probantes, peuvent être utilisées de concert pour fournir aux cliniciens et aux décideurs des renseignements précieux pour la prise de décisions. Le travail a commencé par un examen systématique effectué par le SSCM qui a amené le CCOTS à demander des évaluations sur le terrain et conduit THETA à créer le modèle analytique décisionnel en matière de prévention des plaies le plus complet au monde.

1 MÉGA-ANALYSES : COMPARAISON SIMULTANÉE DE MULTIPLES INTERVENTIONS

Le CCOTS adopte de plus en plus les méga-analyses qui permettent d'évaluer et de comparer les différentes technologies et divers traitements utilisés pour traiter une maladie ou un état de santé donné, y compris les appareils, les médicaments, les techniques d'imagerie et les interventions chirurgicales. Les méga-analyses permettent de déterminer les interventions cliniques les plus efficaces et offrent la possibilité de se concentrer sur les options d'optimisation des soins aux patients les plus efficaces et les plus rentables. Parallèlement, les interventions cliniques désuètes sont décelées de sorte que leur utilisation puisse être réduite au minimum ou éliminée complètement.

Voici quelques exemples de méga-analyses réalisées par le SSCM et examinées par le CCOTS en 2009.

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PLAIES DE PRESSION CHRONIQUES

Les plaies de pression, connues sous le nom de « plaies de lit », sont des lésions causées par de nombreux facteurs, dont une pression constante sur les saillies osseuses, le frottement, l'humidité et les forces de cisaillement qui s'exercent sur une partie du corps. Elles sont relativement courantes chez les patients recevant des soins de longue durée dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, surtout chez les patients âgés et gravement malades ainsi que chez les personnes souffrant de déficiences neurologiques et celles qui sont atteintes d'affections résultant de l'immobilité. Même si on peut les traiter lorsqu'elles sont décelées précocement, les plaies de pression peuvent mettre la vie en danger et, dans de rares cas, entraîner des infections mortelles. En plus de la douleur et de la souffrance qu'elles causent chez les patients, on a estimé qu'elles pouvaient coûter environ 2,1 milliards de dollars chaque année au système canadien de soins de santé.

Un comité d'experts a été créé; il est dirigé par Susan Jaglal, professeure agrégée de Toronto Rehabilitation et titulaire de la chaire de recherche en réadaptation du Département de physiothérapie de l'Université de Toronto. Le SSCM a procédé à un examen des pratiques actuelles en matière de prévention et de traitement des plaies de pression portant sur une gamme de technologies et de traitements d'appoint, dont les méthodes de débridement pour le retrait de tissus nécrotiques et contaminés, le pansement des plaies, les dispositifs et le retournement fréquent des patients pour soulager la pression, les agents biologiques topiques et le soutien nutritionnel.

Après avoir examiné les données probantes, le CCOTS a recommandé :

- que des matelas en mousse de grande qualité soient fournis aux patients des hôpitaux de soins actifs et à tous les pensionnaires des établissements de soins de longue durée;
- que les centres d'accès aux soins communautaires utilisent la cote à l'échelle de risque d'escarre de décubitus pour évaluer le risque qu'un client ait une plaie de pression;
- qu'une étude soit menée sur le terrain afin de déterminer l'horaire optimal de retournement des personnes qui ont un matelas en mousse à densité élevée; (Remarque : Une étude ontarienne est en cours sous la direction du THETA Collaborative. Ce groupe fait équipe avec des chercheurs de l'Université du Texas pour étudier les horaires optimaux de retournement dans les foyers de soins de longue durée. Le rapport d'étude devrait paraître à l'automne 2010.)
- qu'une autre évaluation soit réalisée sur le terrain en vue de déterminer l'efficacité d'une équipe multidisciplinaire de soin des plaies pour la guérison de celles-ci. (Remarque : Cette évaluation est en cours.)

À l'aide des résultats de l'examen systématique et de données ontariennes provenant de diverses sources, THETA a créé un modèle analytique décisionnel pour la prévention des plaies connu sous le nom d'Ontario Wound Prevention and Care Model (modèle de prévention et de soin des plaies de l'Ontario). Ce modèle informatisé, qui est le plus complet au monde en matière de prévention des plaies, fournit une représentation des divers états liés aux plaies de pression. Il peut évaluer les répercussions budgétaires et autres conséquences sur le système de santé de la mise en œuvre de stratégies rentables de prévention des plaies de pression et tenir compte de nombreuses variables comme les risques, la qualité de vie, l'incidence sur l'espérance de vie et la rentabilité.

L'une des questions qui a été posée au CCOTS était la suivante : « Compte tenu de l'efficacité des matelas en mousse sur le plan de la prévention des plaies de pression, vaut-il la peine de remplacer les matelas actuels dans les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux? » Selon les données fournies par le modèle, la réponse est affirmative. À un coût relativement faible, le modèle démontre qu'il s'agirait d'un investissement très efficace qui préviendrait de nombreuses plaies de pression, améliorerait la qualité de vie et économiserait de l'argent à long terme. On estime que, si tous les services des urgences de l'Ontario utilisaient des matelas en mousse, comme de nombreux ont déjà commencé à le faire, cela entraînerait des économies globales de 17 millions de dollars par année au chapitre des coûts directs des hôpitaux et atténuerait la souffrance inutile qu'éprouvent les patients.

MÉTHODES DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus mortel au Canada, causant le décès de milliers d'hommes et de femmes en Ontario chaque année. Toutefois, s'il est dépisté tôt, on peut le traiter.

À la demande du CCOTS, le SSCM a collaboré étroitement avec Action Cancer Ontario en vue de procéder à un examen approfondi des différentes méthodes technologiques de dépistage du cancer colorectal, notamment la colonographie par tomographie assistée par ordinateur, la colonographie par résonance magnétique, l'endoscopie par capsule, la sigmoïdoscopie flexible et la recherche de sang occulte dans les selles.

En se fondant sur les données probantes, le CCOTS a formulé les recommandations suivantes sur les méthodes de dépistage chez les gens de 50 ans et plus qui ne présentent aucun symptôme.

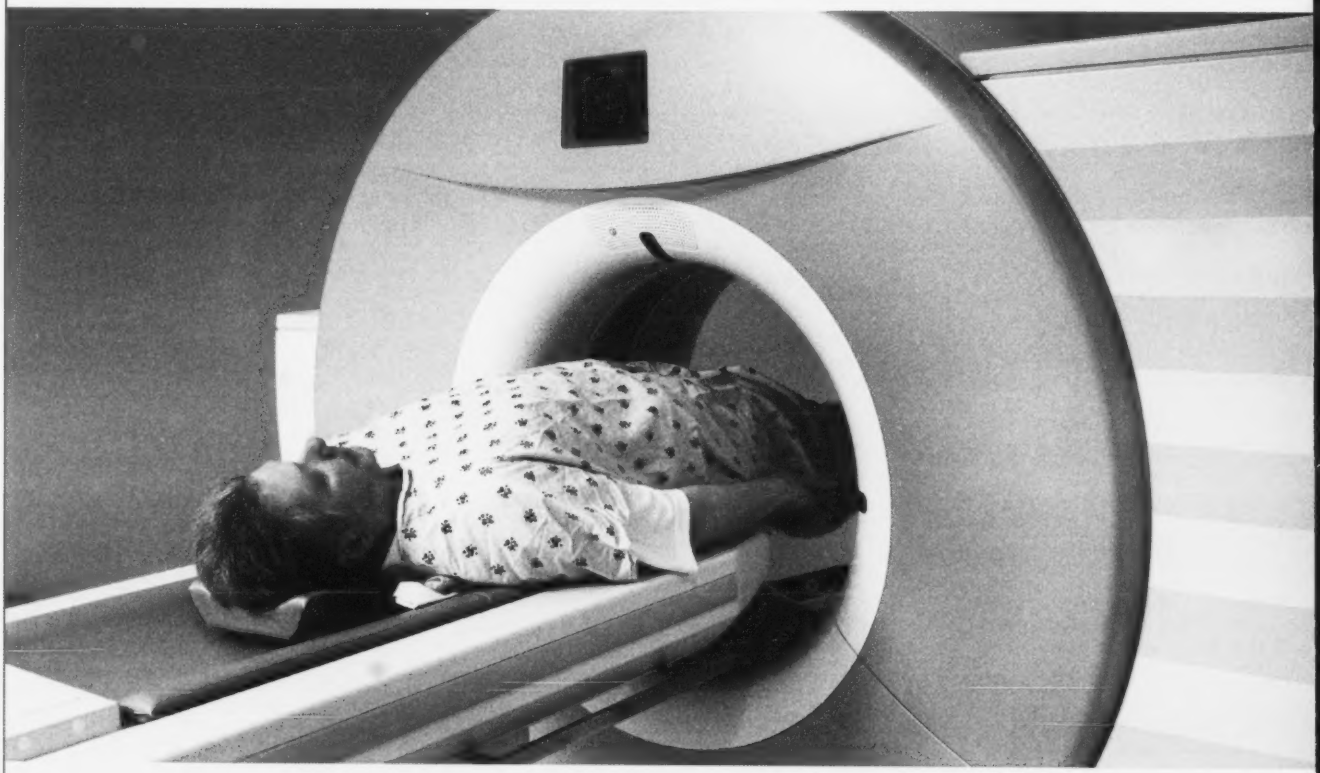
Dépistage opportuniste – à l'occasion d'un examen de santé périodique au cours duquel le médecin examine et interprète les lignes directrices et les données probantes sur les interventions de dépistage et fait des recommandations précises au patient, abordant les risques et les avantages de chaque intervention.

- On peut recourir à la coloscopie, à la sigmoïdoscopie flexible ou à la recherche de sang occulte dans les selles pour ce type de dépistage. L'utilisation tous les 5 à 10 ans de la coloscopie ou de la sigmoïdoscopie flexible se traduit par une augmentation considérable des taux de dépistage du cancer colorectal et des polypes comparativement à la recherche de sang occulte dans les selles.
- La colonographie diagnostique par tomographie assistée par ordinateur ou par résonance magnétique peut être envisagée pour les patients sur lesquels une coloscopie incomplète a été pratiquée ou ceux chez qui il est techniquement infaisable de procéder à une coloscopie ou qu'il y a contre-indication.

Dépistage en population – ce type de dépistage cible la population dans son ensemble dans le but de réduire la mortalité liée au cancer colorectal, comme, par exemple, ContrôleCancerColorectal de l'Ontario.

- La recherche de sang occulte dans les selles est la seule méthode recommandée pour ce type de dépistage et les résultats peuvent être améliorés en répétant les tests tous les deux ans.

Le CCOTS recommande en outre qu'on explique clairement toutes les options, de même que les risques et les avantages aux gens qui ont accès au dépistage du cancer colorectal. Les personnes qui ne désirent pas recourir au dépistage du cancer colorectal devraient pouvoir le refuser sans craindre que cela nuise à la relation qu'elles entretiennent avec leur médecin.



« Je ne suis pas certain si les gens de cette province réalisent à quel point l'Ontario est une province unique. Le MSSLD appuie la recherche primaire pour favoriser la prise de décisions. Il a accepté d'aller au-delà des études documentaires pour soutenir activement et promouvoir la recherche primaire et la recherche en matière de politiques requise pour appuyer la prise de décisions. À l'échelle nationale et internationale, cela est très inhabituel. »

Dr Murray Krahn, *directeur, THETA Collaborative*

2 MODÈLES ANALYTIQUES DÉCISIONNELS DE L'ONTARIO

Au cours des dernières années, le SSCM est allé au-delà des évaluations individuelles des technologies de la santé dans le but d'effectuer plusieurs méga-analyses importantes. Ce travail a évolué davantage grâce à la mise au point et à l'instauration d'outils de modélisation économique en matière de politiques, connus sous le nom de modèles analytiques décisionnels de l'Ontario, créés par les partenaires économiques de la santé du SSCM. Ces modèles améliorent grandement le processus décisionnel dans un contexte de restrictions budgétaires en cernant les technologies dominantes pour le traitement d'une maladie ou d'une affection.

Sur le plan de la prise en charge des maladies chroniques, il existe de nombreux programmes et de nombreuses interventions thérapeutiques, sans oublier les préférences des médecins. Mais lesquels offrent le meilleur rapport qualité-prix? Quel en est le coût par rapport aux répercussions sur la santé? Les modèles fournissent une plate-forme commune pour évaluer et prévoir les résultats et les répercussions.

Outre le modèle de prévention et de soin des plaies de l'Ontario créé par le Toronto Health Economic and Technology Assessment (THETA) Collaborative, deux autres modèles ont été mis au point et sont utilisés en Ontario : l'Ontario Diabetes Economic Model (modèle économique de lutte contre le diabète de l'Ontario), créé par les Programs for Assessment of Technology in Health (PATH) Research Institute et l'Ontario Cardiovascular Model (modèle de lutte contre les maladies cardiovasculaires de l'Ontario) (THETA). D'autres sont en cours d'élaboration pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de l'arthrose et pour la prise de décisions en matière de diagnostic des maladies cardiaques.

Jusqu'à présent, la plupart des modèles décisionnels économiques ont été conçus pour évaluer une intervention précise. Il faut habituellement beaucoup de temps et d'argent pour les créer; ils ont tendance à servir à un seul usage et mesurent uniquement les résultats à court terme. Tout comme pour de nombreux aspects de sa méthode d'évaluation des technologies de la santé, l'Ontario a décidé de prendre une voie différente. Croyant que ces modèles constitueraient des outils utiles pour l'élaboration de politiques visant la prise en charge des maladies chroniques, la province a investi temps et argent pour faire en sorte que ces modèles, qui auront de multiples utilisations et pourront prévoir les coûts et les avantages à court et à long termes d'un certain nombre d'interventions, reposent sur des données et des preuves qui lui sont propres.

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE ONTARIENNE DE LUTTE CONTRE LE DIABÈTE

« Pendant de nombreuses années, la chirurgie bariatrique a été inaccessible en Ontario et les médecins ont demandé que les ressources soient disponibles dans la province. Les recherches du SSCM, le modèle économique de lutte contre le diabète de l'Ontario et les recommandations du CCOTS ont contribué à préparer le terrain à l'approbation du financement de la chirurgie bariatrique et fourni des lignes directrices précieuses au sujet des compétences et des ressources nécessaires pour créer des centres d'excellence en vue d'effectuer l'intervention en toute sécurité. En 2009, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé que, dans le cadre de sa stratégie de lutte contre le diabète, il accroissait davantage l'accès à la chirurgie bariatrique en créant un réseau de soins bariatriques complet et en portant le nombre d'interventions chirurgicales annuelles à 2 100 d'ici 2011–2012. »

Mary Catherine Lindberg, *ancienne directrice générale, Council of Academic Hospitals of Ontario*

Le diabète est en hausse partout dans le monde. En 2007–2008, environ 969 000 Ontariennes et Ontariens en étaient atteints. En 2010, ce chiffre pourrait atteindre 1,2 million de personnes. Cette affection est une maladie grave qui doit être prise en charge – si elle est négligée, elle peut entraîner de graves complications à long terme, notamment la cardiopathie et la néphropathie, un accident vasculaire cérébral, la cécité et l'amputation; elle est à l'origine d'un nombre important de visites aux urgences chaque année. Les répercussions économiques de la maladie sont tout aussi stupéfiantes; les dépenses liées au traitement et à la prise en charge s'élèvent à plus de 5 milliards de dollars par année.

« L'Ontario devrait être félicité pour son leadership et sa vision en reconnaissant l'utilité d'investir dans les modèles analytiques décisionnels de l'Ontario; d'autres provinces souhaiteraient effectuer ce type de recherche, mais elles n'ont pas de soutien financier. La bonne nouvelle est que les autres provinces pourront utiliser les résultats de l'Ontario. »

Ron Goeree, ***directeur, PATH Research Institute***

Le 22 juillet 2008, le gouvernement de l'Ontario a annoncé un nouvel investissement de 741 millions de dollars échelonné sur quatre ans pour mettre en œuvre une stratégie complète de lutte contre le diabète. Les éléments clés de la stratégie comprenaient notamment un registre en ligne des patients, l'amélioration de l'accès aux pompes à insuline et aux fournitures connexes, l'expansion des services de lutte contre la néphropathie chronique, l'accroissement de l'accès à la chirurgie bariatrique pour les obèses morbides, des campagnes de sensibilisation à l'intention des populations présentant un risque élevé et l'amélioration des soins axés sur le travail d'équipe.

Le SSCM a procédé à un examen systématique des données probantes afin d'évaluer les éléments de la stratégie qui manquaient de preuves évidentes. PATH et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) avaient déjà créé un modèle analytique décisionnel pour le diabète en se fondant sur la UK Perspectives Diabetes Study d'Oxford, qui a été adaptée à l'Ontario – le modèle économique de lutte contre le diabète de l'Ontario.

À la suite de l'analyse des différents éléments de la stratégie réalisée par le SSCM, les données sur l'efficacité clinique ont été intégrées à ce modèle. C'était la première fois que ce modèle avait été utilisé comme plate-forme commune d'évaluation des divers éléments d'une stratégie. Les résultats de ce modèle ont fourni des renseignements essentiels qui ont permis d'aider les décideurs en matière de politiques à prioriser le financement de la stratégie. En s'appuyant sur le modèle, le CCOTS a recommandé d'accorder la priorité aux points suivants pour optimiser les résultats de la stratégie : accès aux programmes multidisciplinaires communautaires, chirurgie bariatrique et interventions de modification du comportement.

À la suite des recommandations du CCOTS, le gouvernement a élargi l'accès à la chirurgie bariatrique en 2009 en accordant la priorité aux diabétiques obèses morbides et a priorisé le financement des soins multidisciplinaires pour combattre l'épidémie de diabète.

Pour en apprendre davantage sur les tendances en chirurgie bariatrique en Ontario, veuillez vous reporter à la page 34 de la section portant sur le Projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé du présent rapport.

MODÈLE ÉCONOMIQUE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES DE L'ONTARIO

Malgré le fait que le nombre de décès liés à la coronaropathie diminue, la maladie demeure la première cause de mortalité au Canada. Afin de mieux comprendre cette tendance, THETA a posé la question suivante : La baisse du nombre de décès liés à la coronaropathie est-elle attribuable à l'amélioration des interventions (médicaments et traitements) ou aux changements de mode de vie qui réduisent les facteurs de risque comme la diminution de la tension artérielle et du taux de cholestérol?

THETA s'est servi du modèle validé IMPACT du Health Policy Group de l'Université de Liverpool afin de réaliser toutes les analyses. Il a intégré les données de l'Ontario sur la taille de la population, les décès liés à la coronaropathie ainsi que des renseignements sur les facteurs de risque et les changements de traitement chez les adultes âgés de 20 ans et plus entre 1994 et 2005. Le modèle a ensuite quantifié la relation possible entre les changements relatifs à la population pour un facteur de risque donné (par exemple, le tabagisme, le diabète, la tension artérielle systolique, le cholestérol total, l'exercice et l'obésité) et l'utilisation de traitements (comme les médicaments et les interventions médicales) pour réduire la mortalité liée à la coronaropathie.

Le modèle économique de lutte contre les maladies cardiovasculaires de l'Ontario, achevé en juin 2009, peut désormais prévoir les répercussions de plusieurs interventions telles que la promotion de l'exercice et peut évaluer la rentabilité de diverses interventions sur le plan cardiovasculaire. Il peut fournir des renseignements précieux pour orienter l'élaboration de politiques et la planification au MSSLD, au ministère de la Promotion de la santé, dans les organismes de santé publique et les RLISS.

3 ÉVALUATIONS SUR LE TERRAIN : COLLECTE DE DONNÉES PROBANTES DANS LE CADRE DES SOINS PRODIGUÉS AUX PATIENTS

Dans les cas où les technologies semblent prometteuses, mais que les données sont insuffisantes pour en prouver l'efficacité, l'utilité clinique, l'innocuité ou la rentabilité, le CCOTS peut demander au SSCM de chercher des partenaires cliniques dans le but d'entreprendre des recherches sous forme d'évaluations sur le terrain.

Les évaluations sur le terrain sont conçues pour obtenir des données probantes tout en répondant aux besoins en matière de soins de patients bien informés et consentants qui peuvent tirer avantage de la technologie. Elles permettent à une nouvelle technologie d'être financée sous condition avant de prendre des engagements à long terme de financement pluriannuel de plusieurs millions de dollars. Elles se sont révélées précieuses pour diminuer la courbe de diffusion et des coûts et réaliser des économies nettes de 200 à 500 millions de dollars par année.

Selon les experts en la matière, le plus grand avantage du Programme ontarien d'évaluation sur le terrain est que l'information recueillie est utile sur le plan des politiques et produite dans un contexte pratique, étant donné qu'elle fait participer les intervenants clés et les cliniciens à l'adoption des technologies et fournit un accès à celles-ci pendant leur évaluation. Cela augmente la probabilité qu'une fois achevées, les évaluations et les recommandations qui en découlent donnent lieu à l'élaboration de politiques provinciales.

Mis en œuvre en 2005, le Programme ontarien d'évaluation sur le terrain a connu une croissance rapide pour devenir l'un des plus importants au monde. Le présent rapport souligne deux éléments : la démarche de l'Ontario en matière de dépistage par tomographie par émission de positons (TEP) ainsi que la mise en œuvre et l'utilisation de systèmes intelligents d'administration de médicaments.

TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS EN ONTARIO

Bien que l'adoption de nouvelles technologies de soins de santé soit habituellement stimulée par la promotion qu'en fait l'industrie, l'intérêt des médecins, la demande des patients et la capacité institutionnelle de les acquérir, la mise en place de la tomographie par émission de positons (TEP) en Ontario a suivi une trajectoire différente.

La TEP est un examen par imagerie diagnostique de médecine nucléaire. Elle peut fournir des renseignements à la fois sur le lieu et l'étendue de l'activité métabolique des tissus anormaux comme le cancer. Elle peut déceler les zones d'activité métabolique anormale qui révèlent une maladie et qui pourraient ne pas être détectées par les techniques d'imagerie anatomique telles que l'IRM ou la tomographie par ordinateur.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, en collaboration avec un groupe consultatif d'experts en médecine, a décidé qu'il ne financerait la TEP qu'en se fondant sur des données de grande qualité qui en démontrent l'efficacité sur le plan des décisions cliniques. En 2002, les docteurs Andreas Laupacis et Les Levin ont mis sur pied et coprésidé le Comité de direction en matière de TEP, qui a été par la suite présidé par le Dr William K. Evans, président du Juravinski Cancer Centre et vice-président régional d'Action Cancer Ontario. Le comité, composé de représentants de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), d'Action Cancer Ontario, de l'Ontario Clinical Oncology Group (OCOG) et du ministère ainsi que de radioisotopistes, d'oncologues, de radiologistes et d'experts en essais cliniques, a été créé dans le but d'organiser et de superviser la méthode d'évaluation de la TEP et d'orienter l'élaboration des essais cliniques.

Les cinq centres hospitaliers universitaires d'Ottawa, de London, de Toronto, de Hamilton et de Thunder Bay ont été invités à acheter des scanneurs à tomographie par émission de positons et des tomodensitomètres et à participer au programme d'évaluation de la TEP. Les spécialistes en recherche clinique de chacun des centres ont été jumelés avec des spécialistes de la méthodologie de l'OCOG à Hamilton pour chaque étude. L'OCOG, dirigé par le Dr Mark Levine, a mis au point des protocoles complets qui ont été approuvés par les conseils locaux d'examen institutionnel et activés à la suite d'un atelier donné par un chercheur. Les questions de contrôle de la qualité (dose de FDG, facteurs techniques relatifs à la TEP et interprétation des résultats) ont été abordées et un consensus a été établi sur les normes provinciales de réalisation d'études d'imagerie par TEP. L'OCOG a conçu et coordonné les essais, obtenu l'approbation de Santé Canada, mis sur pied un processus de questions et réponses, analysé les résultats et préparé le rapport. Il a en outre pris les dispositions nécessaires pour que les résultats de chaque TEP soient lus par deux radioisotopistes de centres différents. Il en a résulté le plus grand nombre d'études sur la TEP en oncologie au monde. Pour en apprendre davantage sur l'OCOG, consultez le site www.ocog.ca.

« En cas de données cliniques et financières insuffisantes pour prendre des décisions pleinement éclairées, l'Ontario a mis en œuvre un modèle très innovateur et relativement unique de production et d'évaluation de données probantes. Grâce à des évaluations sur le terrain financées sous condition, le CCOTS finance des études prospectives qui comparent l'efficacité clinique et la rentabilité des technologies autres que les médicaments. Le modèle du CCOTS est l'un des quelques exemples internationaux de recherche sur l'efficacité clinique. Ce modèle se démarque du fait que les décideurs contrôlent le budget de recherche, ce qui facilite grandement la mise en œuvre d'appels de recherche. »

Dres Kalipso Chalkidou and Gerard Anderson, ***Comparative Effectiveness Research: International Experiences and Implications for the United States,*** **juillet 2009**

COMMENT LES PATIENTS PEUVENT-ILS AVOIR ACCÈS AUX TEP EN ONTARIO?

- **Comme service assuré pour certains cas approuvés de cancer et de maladie cardiaque.**
- **En participant aux essais cliniques de grande qualité qui sont menés dans le but de déterminer si la TEP améliore les décisions en matière de diagnostic et de traitement pour plusieurs cancers.**
- **Comme étude du registre de TEP qui contient des données probantes encourageantes, mais insuffisantes sur l'utilité clinique de la TEP. Les patients qui font l'objet de TEP dans cette catégorie doivent être inscrits dans un « registre » qui contient des renseignements sur la raison et les résultats de l'examen.**
- **Dans le cadre du Programme d'accès à la TEP où les demandes sont examinées par un comité d'experts.**

En plus des essais cliniques qui ont été effectués, le Programme de soins fondés sur la recherche (PSFR) d'Action Cancer Ontario a évalué la documentation internationale sur 10 types différents de tumeurs, a organisé deux ateliers de concertation afin d'examiner les données probantes et d'en discuter et s'est entendu sur un ensemble définitif de recommandations pour chaque type de tumeur. Le Comité de direction en matière de TEP a examiné ces recommandations et celles qui se sont révélées positives ont été présentées au CCOTS. Dans tous les cas où ce comité a recommandé que la technologie soit accessible dans le cadre du registre de TEP, le gouvernement a accepté la recommandation.

Les résultats de ces essais, jumelés aux données probantes tirées de la documentation médicale, ont amené le MSSLD à annoncer qu'à compter du 1er octobre 2009, l'Ontario financerait huit indications relatives au cancer et une aux maladies cardiaques. Depuis, des TEP assurées sont pratiquées à Ottawa, London, Toronto, Hamilton et Thunder Bay.

Un résumé de la démarche fondée sur des données probantes utilisée lors de la mise en place de la TEP en Ontario a été publié par voie électronique et a paru dans le numéro du 20 novembre 2009 du *Journal of Clinical Oncology*, aux pages 5607 à 5613.

Action Cancer Ontario a récemment assumé la responsabilité du programme d'imagerie par TEP et de ses divers aspects, dont les essais de l'OCOG, le registre de TEP et le Programme d'accès à la TEP.

Le MSSLD veille à ce que les ressources soient en place pour poursuivre les évaluations cliniques d'autres maladies où la TEP pourrait s'avérer avantageuse. Pour les personnes atteintes de maladie à l'égard desquelles les TEP ne sont pas actuellement financées, les médecins continueront de pouvoir présenter une demande par l'entremise du Programme d'accès à la TEP où les demandes de financement sont examinées au cas par cas.

MISE EN ŒUVRE ET UTILISATION DES SYSTÈMES INTELLIGENTS D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Le matériel médical moderne peut être complexe et déroutant à utiliser, surtout au cours des premières phases de son adoption. Cela a souvent soulevé des préoccupations au sujet des risques potentiels et des problèmes de sécurité pour les fournisseurs de soins cliniques et les patients. Le CCOTS collabore régulièrement avec le Healthcare Human Factors Group du Réseau universitaire de santé. Financé par des subventions du SSCM, le groupe, qui est dirigé par Tony Easty, a entrepris d'importants travaux visant à examiner la mise en place de pompes à perfusion « intelligentes » dans la pratique clinique en Ontario.

Les erreurs de médication constituent la cause la plus importante de préjudices médicaux et l'on a établi que les perfusions intraveineuses contribuent fréquemment aux erreurs de médication et aux préjudices qui en découlent. Cela n'est pas étonnant puisque près de 90 % des patients reçoivent des médicaments par voie intraveineuse et que les pompes à perfusion par voie intraveineuse utilisées pour administrer les médicaments comportent de grandes possibilités d'erreur humaine.

« Il y a eu d'importantes réalisations sur le plan de l'évaluation de la TEP au cours de la dernière année, surtout en ce qui concerne la prise en charge des patients atteints de cancer. Quatre des cinq études initiales sur le cancer traité par TEP ont été achevées, atteignant leurs objectifs, et deux d'entre elles ont déjà entraîné des changements dans la pratique en ce qui concerne l'évaluation des patients souffrant d'un cancer du poumon. Toutes ces études sont les plus importantes du genre au monde et les chercheurs ontariens devraient être extrêmement fiers du fait qu'ils contribuent de façon importante aux connaissances sur l'utilité clinique de la TEP dans le traitement du cancer. »

Dr William K. Evans, ***président, Juravinski Cancer Centre***

« À une époque où le secteur hospitalier de l'Ontario s'efforce de trouver de nouvelles façons d'améliorer l'efficacité et les soins prodigués aux patients, le travail du CCOTS demeure inestimable à la fois pour les hôpitaux et les patients qu'ils servent. Des recommandations sur les technologies de la santé aux recherches fondées sur des données probantes partagées à l'échelle du système, le CCOTS offre une source centrale de renseignements fiables de premier plan qui alimentent la prise de décisions éclairées et établit les bases de l'amélioration constante de la qualité. »

Tom Closson, ***président et chef de la direction, Association des hôpitaux de l'Ontario***

Afin de contrer l'incidence élevée des erreurs de perfusion, les fabricants ont mis au point une nouvelle génération de pompes à perfusion connues sous le nom de « pompes intelligentes ». Elles peuvent améliorer la sécurité de l'administration des médicaments. Cependant, il a été difficile d'obtenir les avantages en matière de sécurité que les pompes intelligentes avaient promis. Pour régler ce problème, le SSCM et le CCOTS ont chargé le Healthcare Human Factors Group d'effectuer des évaluations à la fois en laboratoire et sur le terrain afin de recueillir des données probantes sur l'efficacité et la sécurité des systèmes de perfusion intelligents du point de vue des facteurs humains.

Les preuves démontraient clairement que l'on ne peut tirer pleinement avantage de cette technologie qu'en adoptant une démarche structurée de mise en œuvre. Un système global doit être mis en place afin de soutenir l'adoption des pompes intelligentes, notamment des réseaux sans fil permettant d'en surveiller la précision, de vastes librairies de médicaments et de la formation. La planification préliminaire et la reconnaissance de la présence d'autres technologies environnantes sont essentielles. En se fondant sur ses conclusions, le groupe a préparé un guide à l'intention des établissements de soins de santé qui envisagent l'achat de pompes intelligentes et des hôpitaux qui utilisent actuellement cette technologie.

Le Healthcare Human Factors Group a collaboré avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada en vue de partager des renseignements avec le personnel sur le terrain sur la façon dont l'ensemble du système, y compris le processus de prescription des pharmacies, peut être intégré dans la pratique clinique de façon sécuritaire et graduelle.

Bien que des recherches aient été menées sur les pompes intelligentes, il s'agit de la seule étude du genre au Canada à se pencher sur le point de vue des facteurs humains. Les résultats de ces importants nouveaux travaux ont été dévoilés à la conférence de l'Institut canadien pour la sécurité des patients en avril 2010 et aux conférences de la Société canadienne de génie biomédical et de l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation, toutes deux tenues en juin 2010.

4 ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE CHAQUE TECHNOLOGIE

EXAMENS INDIVIDUELS DES TECHNOLOGIES

Voici quelques exemples de technologies examinées par le SSCM qui ont donné lieu à des recommandations de la part du CCOTS.

IMPLANTS CORNÉENS INTACS[MD] POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES D'AMINCISSEMENT DE LA CORNÉE

Les implants d'anneau cornéen intrastromal sont des segments annulaires clairs en acrylique microminces qui peuvent être implantés par voie chirurgicale dans la cornée de l'œil. Ces dispositifs sont le plus couramment envisagés pour les patients qui souffrent de troubles d'amincissement de la cornée qui se traduisent par une saillie anormale de l'œil entraînant la myopie. Deux implants sont normalement insérés dans chaque œil pour servir d'espaceurs passifs qui aplatissent la surface de la cornée et rétablissent l'acuité visuelle. À l'heure actuelle, les implants INTACS sont les seuls implants cornéens homologués au Canada.

Le SSCM a procédé à un examen approfondi des données probantes concernant les implants INTACS pour le traitement des erreurs de réfraction visuelles en fonction duquel le CCOTS a recommandé :

- d'améliorer l'accès aux segments d'anneau cornéen intrastromal pour le traitement des maladies d'amincissement de la cornée chez les patients qui ne peuvent pas avoir une vision fonctionnelle et qui ont une cornée centrale claire et un stroma cornéen sain;
- de surveiller de près cette technologie, au moyen peut-être d'un code d'honoraires, afin d'assurer le suivi des taux de retrait de l'anneau cornéen intrastromal après 6 mois et de la kératoplastie subséquente (en fonction des courtes périodes d'observation de suivi utilisées dans les études sur la sécurité).

GREFFONS ENDOVASCULAIRES AVEC FENÊTRES POUR LA RÉPARATION DES ANÉVRISMES DE L'AORTE SOUS-RÉNALE

La réparation endovasculaire d'un anévrisme est une solution de rechange minimalement effractive à l'intervention chirurgicale ouverte pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale – la 13e principale cause de décès au Canada. La réparation endovasculaire repose sur l'utilisation de greffons pour soustraire les anévrismes à la pression du flux artériel. L'intervention a été largement acceptée étant donné qu'elle peut être pratiquée en salle d'opération, dans les services de radiologie ou les laboratoires de cathétérisme, sous anesthésie générale ou régionale. Cependant, afin que le greffon endovasculaire puisse être mis en place, les patients doivent avoir des tissus sains en amont et en aval de l'anévrisme de sorte que l'endoprothèse puisse être fixée solidement à l'aorte. Toutefois, dans les cas d'anévrisme de l'aorte sous-rénale, il est possible que la longueur du collet sous-rénal soit insuffisante, entraînant un scellement inadéquat, une piètre durabilité à long terme du greffon et un risque accru d'endofuites de type 1.

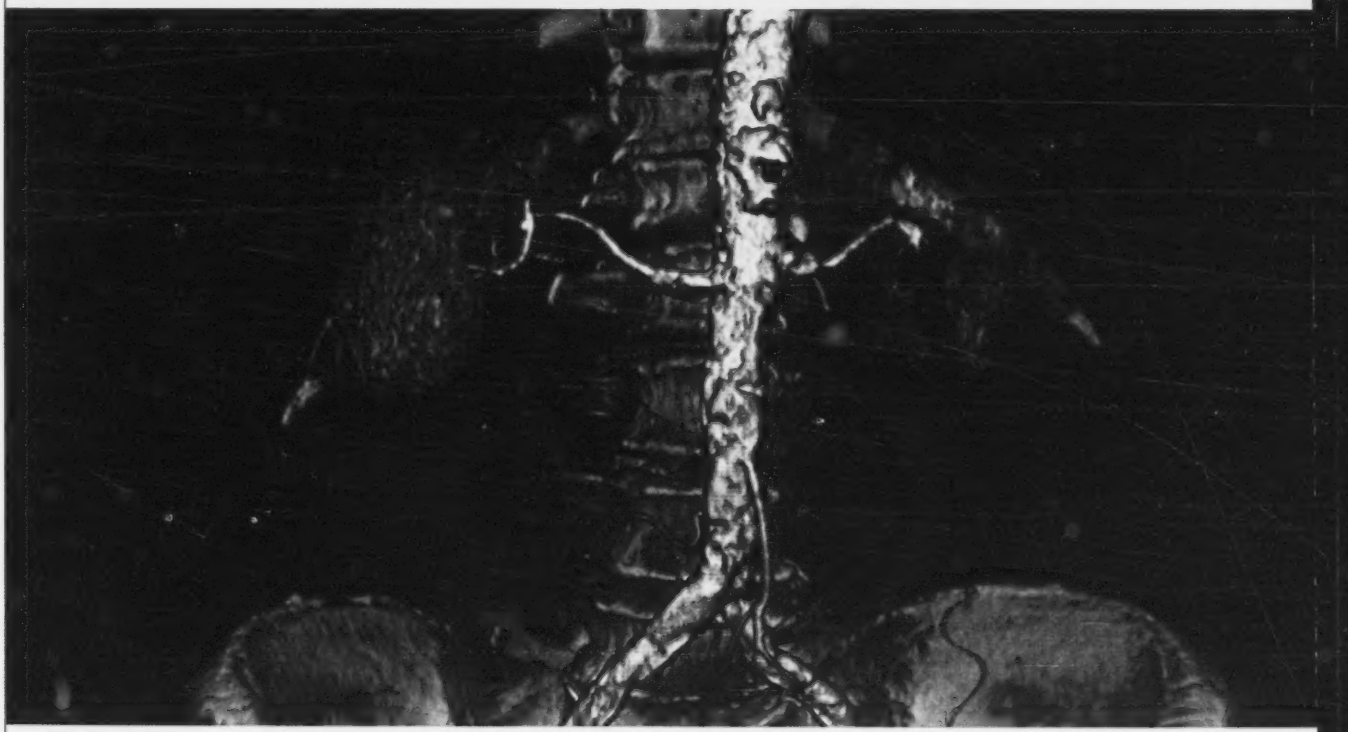
Pour surmonter ce problème, des greffons endovasculaires de conception spéciale ont été mis au point pour créer une version modifiée de la technique de réparation endovasculaire des anévrismes connue sous le nom de réparation endovasculaire des anévrismes avec fenêtres. Chaque dispositif doit être fait sur mesure en fonction de l'anatomie de chaque patient et l'implantation requiert l'utilisation de la tomographie par ordinateur pour placer le greffon avec précision. Chaque endoprothèse coûte environ 2 900 $ et chaque patient pourrait en nécessiter une ou deux. Une fois en place, il est nécessaire de faire un suivi à vie, à intervalles réguliers, pour s'assurer que le greffon demeure à l'endroit prévu et que les composantes se chevauchent adéquatement.

L'examen de la réparation endovasculaire des anévrismes avec fenêtres qu'a effectué le SSCM a révélé que les patients traités à l'aide de ces dispositifs présentent un taux de mortalité plus faible que ceux qui ont subi une chirurgie ouverte ainsi que des taux de complications cardiaques et pulmonaires postopératoires plus faibles. On a constaté que des endofuites survenaient chez 22,5 % des patients ayant subi une réparation endovasculaire d'un anévrisme avec fenêtres, dont 8 % nécessitaient un traitement. On a en outre constaté qu'il y a un risque de perte des vaisseaux cibles pendant ou après les réparations endovasculaires des anévrismes avec fenêtres (attribuable à l'ischémie ou à l'occlusion des vaisseaux secondaires), ce qui peut entraîner la perte de l'organe cible respectif.

En se fondant sur l'analyse du SSCM, le CCOTS a recommandé que :

- la réparation endovasculaire des anévrismes avec fenêtres soit, dans certains cas, mise à la disposition des patients atteints d'anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale et que la technique soit limitée aux centres possédant l'expérience et l'expertise nécessaires dans le domaine de la réparation endovasculaire effectuée au moyen de greffons et pratiquant un nombre suffisant d'interventions pour maintenir leur niveau d'expertise;
- le financement de la réparation endovasculaire des anévrismes exige que des renseignements sur les résultats obtenus soient recueillis afin d'éclairer la prise de décisions futures.

Pour en savoir davantage sur les tendances ontariennes en matière de réparations endovasculaires des anévrismes, de chirurgies ouvertes et d'interventions combinées à la suite des recommandations que le CCOTS a formulées en 2005–2006, veuillez vous reporter à la section portant sur le Projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé du présent rapport, à la page 58.



« L'examen du SSCM a révélé que les dispositifs de surveillance aux points de service du rapport international normalisé sont efficaces. Cette recherche, qui était essentielle au travail que nous effectuons, a été extrêmement précieuse. De plus, les commentaires des patients et des personnes soignantes ont été utiles. Les préférences, les sentiments et les attitudes des patients à l'égard des nouvelles technologies constituent des éléments très importants de réussite potentielle. Leur enthousiasme peut faire pencher la balance sur le plan de la conformité et des décisions de financement du gouvernement. »

D[r] Gregory Flynn, ***directeur général, Programme de la gestion de la qualité – Services de laboratoire, chef du groupe de travail sur l'anticoagulothérapie***

DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE AUX POINTS DE SERVICE DU RAPPORT INTERNATIONAL NORMALISÉ (RIN) CHEZ LES PATIENTS SUIVANT UNE ANTICOAGULOTHÉRAPIE ORALE À LONG TERME

Environ 130 000 Ontariennes et Ontariens prennent des anticoagulants (anticoagulothérapie, comme le Warfarin) pour la prise en charge de divers états pathologiques. Ils prennent souvent ces médicaments pendant de longues périodes et doivent être surveillés régulièrement afin de s'assurer que leur rapport international normalisé (RIN), qui est utilisé pour évaluer le temps de coagulation sanguine, se situe dans les marges thérapeutiques cibles. En Ontario, ce temps est mesuré au moyen d'analyses sanguines régulières effectuées dans les cabinets de médecins ou les cliniques d'anticoagulation.

Les dispositifs de surveillance aux points de service du rapport international normalisé (RIN) offrent une solution de rechange, permettant ainsi aux patients de vérifier leur propre temps de coagulation sanguine au moyen d'une méthode de piqûre au doigt semblable au test de glycémie qu'utilisent les diabétiques.

Le CCOTS et le SSCM ont collaboré avec la clinique de thrombose du Réseau universitaire de santé en vue d'organiser des groupes de discussion avec ses clients sur les anticoagulants et la surveillance aux points de service. Les patients et les personnes soignantes ont participé aux travaux dès le début afin de contribuer à la formulation des questions de recherche en vue de l'analyse fondée sur des données probantes réalisée par le SSCM.

L'examen du SSCM a révélé que les avantages potentiels du RIN aux points de service étaient notamment les suivants : commodité accrue pour les patients, meilleure conformité au traitement et satisfaction accrue, surveillance plus fréquente et moins de complications thromboemboliques et hémorragiques. Bien que l'examen ait révélé que la technologie était efficace, des risques potentiels ont en outre été décelés, de même que la nécessité d'élaborer soigneusement une méthode systématique d'administration efficace avant qu'elle ne soit instaurée dans la province. Par conséquent, le CCOTS a recommandé que les dispositifs de surveillance aux points de service du RIN soient accessibles en Ontario comme solution de rechange aux analyses de laboratoire et que les stratégies de mise en œuvre reposent sur le travail du groupe de travail sur l'anticoagulothérapie qui est dirigé par le Programme de la gestion de la qualité – Services de laboratoire (PGQ-SL), qui est maintenant en cours.

Ce groupe de travail, formé d'experts multidisciplinaires en soins de santé, a étudié les façons les plus efficaces de mettre en place cette technologie dans le système de façon sécuritaire et efficace, notamment :

- les types de patients se prêtant à l'autosurveillance et le soutien dont ils ont besoin;
- les systèmes qui doivent être mis en place pour soutenir les patients à l'égard de l'utilisation de cette nouvelle technologie, du soutien éducatif aux consultations médicales en passant par l'entretien du matériel.

Le groupe de travail en est aux dernières étapes d'un rapport énonçant les recommandations et les lignes directrices relatives à la mise en place de cette nouvelle technologie en Ontario, à l'intention du MSSLD.

DISPOSITIFS ORAUX POUR LE TRAITEMENT DU SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Les personnes qui souffrent du syndrome d'apnées obstructives du sommeil subissent des affaissements répétés de leurs voies respiratoires supérieures et une obstruction pendant le sommeil. Cela entraîne une hypersomnie le jour, une diminution de la qualité de vie et un risque accru d'accidents, de maladies cardiovasculaires et de décès. La norme par excellence en matière de traitement est un dispositif muni d'un masque que l'on porte pendant le sommeil et qui assure une ventilation spontanée en pression positive continue pour prévenir l'affaissement et l'obstruction. Malgré son efficacité, certaines personnes évitent d'utiliser le dispositif, le trouvant bruyant et (ou) jugeant qu'il les rend claustrophobes. On a demandé au SSCM et au CCOTS d'évaluer l'efficacité de deux dispositifs oraux comme solution de rechange à la ventilation spontanée en pression positive continue : les attelles d'avancement mandibulaire et les dispositifs de repositionnement de la langue. L'examen a permis de conclure que la conformité ne semble pas être meilleure ou pire avec les attelles d'avancement mandibulaire ou la ventilation spontanée en pression positive continue et qu'il n'y avait pas de grand favori sur le plan de la préférence et de la satisfaction des patients.

En se fondant sur l'analyse du SSCM, le CCOTS a recommandé que, puisque la ventilation spontanée en pression positive continue s'avère plus efficace que les dispositifs oraux, le MSSLD continue de la financer par l'entremise du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels. En ce qui concerne les patients qui ne peuvent pas tolérer la ventilation spontanée en pression positive continue, il a également recommandé que les médecins leur fournissent des renseignements sur les dispositifs oraux et les événements indésirables potentiels qui pourraient survenir.

SUIVI DES TAUX D'UTILISATION DES TECHNOLOGIES INDIVIDUELLES ÉVALUÉES PAR LE SSCM ET LE CCOTS

Pour connaître les autres technologies qui ont fait l'objet de recherches et d'examens par le SSCM et le CCOTS ainsi que pour savoir comment les taux d'utilisation de ces technologies ont changé en Ontario à la suite des recommandations du CCOTS, veuillez consulter les graphiques et les cartes de la section portant sur le Projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé commençant à la page 29 du présent rapport.

5 MISES À JOUR DES DONNÉES PROBANTES

Le SSCM et le CCOTS ont procédé à la mise à jour de données probantes en 2009 afin de fournir des réponses rapides aux questions sur les technologies de la santé nouvelles ou déjà examinées qui ne nécessitent pas d'évaluation complète. Une évaluation complète des technologies de la santé est justifiée si l'on dispose de nouvelles données probantes suffisantes ou si d'autres circonstances ont changé depuis la dernière évaluation (telles que l'homologation de nouveaux dispositifs connexes ou les changements apportés à la façon d'utiliser les technologies). Voici quelques exemples de mise à jour de données probantes effectuée en 2009.

RÉPARATION ENDOVASCULAIRE DES ANÉVRISMES DE L'AORTE ABDOMINALE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UN FAIBLE RISQUE CHIRURGICAL

Au cours de leur vie, plus de 3,3 millions de Canadiens risquent de souffrir d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA), soit un élargissement et un affaiblissement de l'aorte abdominale (artère principale) qui pourrait se rompre et éventuellement entraîner un AVC ou la mort. Cette affection est la treizième cause principale de décès au Canada et la dixième chez les hommes âgés de plus de 55 ans. Dans le passé, le traitement des AAA se limitait généralement à la réparation chirurgicale à ciel ouvert, mais une nouvelle technique utilisant un cathéter connue sous le nom de réparation endovasculaire offre une solution de rechange beaucoup moins effractive au cours de laquelle des greffons sont mis en place à l'endroit où se trouve l'anévrisme en passant par les artères fémorales et en se guidant au moyen des rayons X.

En 2005–2006, le CCOTS a recommandé d'accroître l'accès à la réparation endovasculaire dans le cas des patients présentant un risque élevé de complications chirurgicales et de mortalité. (Pour obtenir des renseignements sur la diffusion de la réparation endovasculaire à la suite de la recommandation, consultez le graphique de la page 58.) À l'époque, le CCOTS n'a pas recommandé la réparation endovasculaire pour les patients présentant un risque chirurgical faible et modéré en raison de données probantes à long terme insuffisantes.

En 2009–2010, le SSCM a effectué une mise à jour des données probantes sur la réparation endovasculaire afin d'examiner toute nouvelle donnée sur la sécurité et la rentabilité de cette intervention chez les patients présentant un faible risque chirurgical.

La mise à jour du SSCM a révélé que, chez les patients qui présentent un faible risque chirurgical, le taux de mortalité périopératoire lié à la réparation endovasculaire est plus faible que celui de la réparation chirurgicale à ciel ouvert (1 à 2 % pour la réparation endovasculaire contre 4 à 6 % pour la réparation chirurgicale à ciel ouvert); toutefois, le taux de survie deux ans après l'intervention est semblable pour les patients des deux groupes. En outre, une analyse économique a révélé que la réparation endovasculaire n'est pas rentable chez les patients qui présentent un faible risque chirurgical.

En se fondant sur les données probantes, le CCOTS a recommandé de pratiquer la réparation endovasculaire chez les patients qui présentent un risque chirurgical élevé, mais ne l'a pas recommandé pour ceux qui présentent un faible risque. Compte tenu des données prouvant que certains patients présentant un faible risque préfèrent la réparation endovasculaire à la réparation chirurgicale à ciel ouvert, le CCOTS a recommandé que l'option de réparation endovasculaire soit étudiée par chaque établissement offrant la réparation de l'AAA en se fondant sur les discussions avec les chirurgiens vasculaires, le nombre de patients en cause et la disponibilité des ressources. Il a également recommandé qu'une aide à la décision soit élaborée en fonction de l'analyse du SSCM fondée sur des données probantes afin d'aider à orienter ces discussions.

INNOCUITÉ DU CERCLAGE GASTRIQUE AJUSTABLE PAR LAPAROSCOPIE

L'obésité est un problème croissant dans l'ensemble du Canada et on a estimé que plus de 180 000 personnes en Ontario seulement sont maintenant obèses morbides et atteintes de maladies telles que le diabète, l'hypertension et l'apnée du sommeil. Lorsque les traitements faisant appel à un régime diététique, à l'activité physique, à la modification du comportement et aux médicaments échouent, la chirurgie bariatrique peut être envisagée en dernier recours pour ces personnes. Le cerclage gastrique ajustable limite l'ingestion de nourriture en plaçant un anneau de constriction tout autour de l'estomac. La doublure des anneaux est munie d'un ballon gonflable pour permettre d'ajuster la taille de l'ouverture en vue de réguler l'ingestion de nourriture. Ils peuvent être insérés par laparoscopie et ajustés, sans intervention chirurgicale, en ajoutant ou retirant une substance de remplissage (solution saline).

En raison de craintes, sur le plan de la sécurité, relatives aux complications résultant de l'insertion d'un anneau gastrique ajustable par laparoscopie, on a demandé au CCOTS d'effectuer une mise à jour des données probantes de l'analyse de 2004–2005 réalisée par le SSCM dans le but de comparer le cerclage gastrique ajustable par laparoscopie avec une technique de remplacement, le pontage gastrique de Roux-en-Y par laparoscopie (PGRYL). Les recherches du SSCM ont révélé que les taux de complications à court terme sont plus faibles avec le cerclage gastrique ajustable par laparoscopie qu'avec le PGRYL et des études récentes portant sur les méthodes et les dispositifs d'implantation modernes ont en outre indiqué une réduction du taux global de complications à long terme telles que le déplacement et l'érosion des anneaux.

À la suite de son examen des données probantes, le CCOTS a formulé un certain nombre de nouvelles recommandations, indiquant :

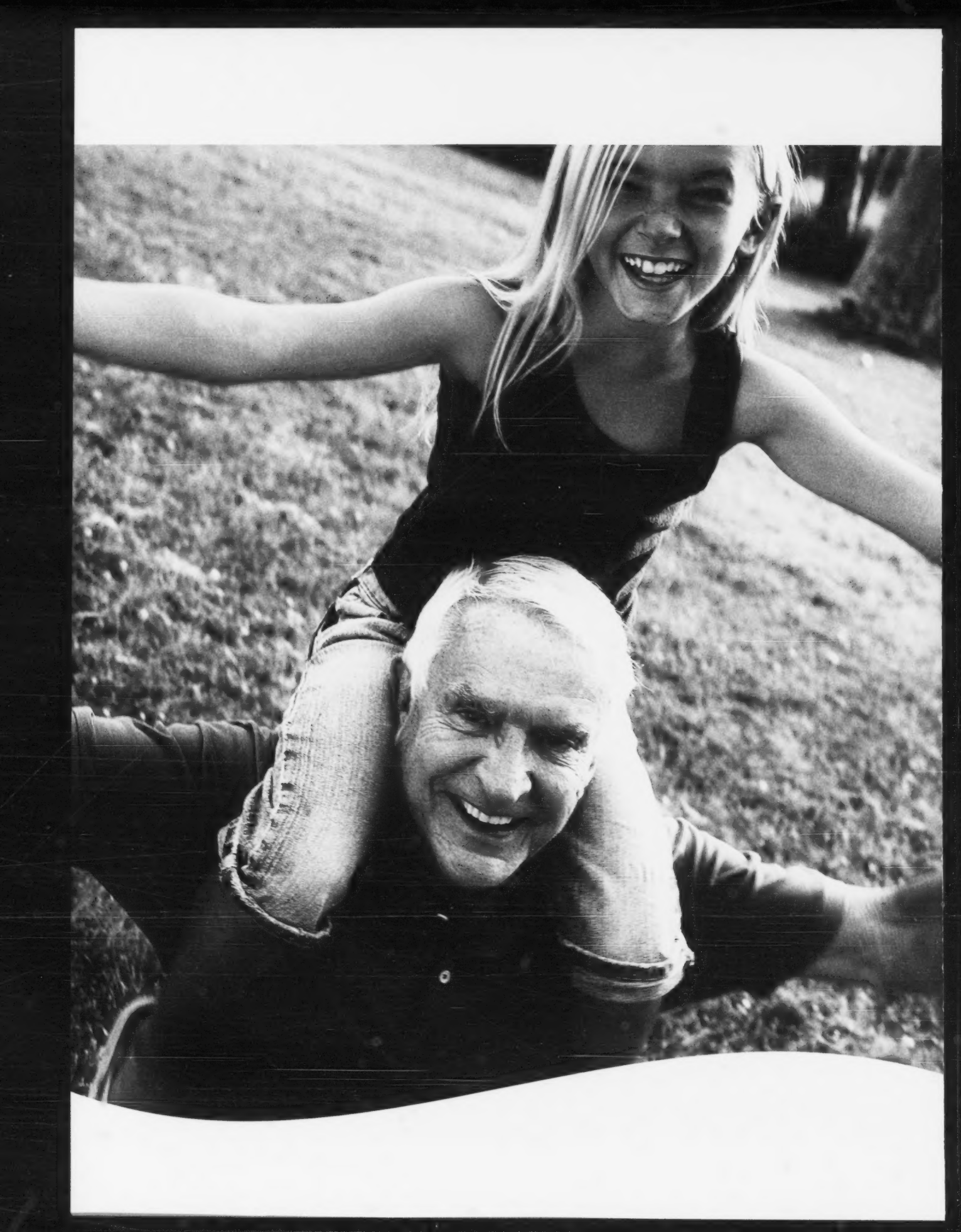
- que la chirurgie bariatrique s'avère une technique efficace pour le traitement des personnes obèses morbides et que la priorité devrait être accordée aux patients obèses morbides souffrant de diabète;
- que le cerclage gastrique ajustable devrait être un service assuré;
- que, pour la sécurité des patients, l'expérience chirurgicale et l'expérience des nouvelles techniques d'implantation d'anneaux gastriques ajustables par laparoscopie (p. ex., la méthode de la *pars flaccida*) sont nécessaires puisqu'elles sont liées à un taux de complications à long terme plus faible que celui des anciennes techniques d'implantation;
- qu'un registre devrait être créé pour évaluer l'efficacité et les conséquences négatives du pontage gastrique et du cerclage gastrique ajustable.

Le CCOTS a également formulé des recommandations sur les établissements, le matériel et l'équipe médicale nécessaires pour évaluer et surveiller ces patients avant et après l'opération.

STIMULATION GASTRIQUE ÉLECTRIQUE

La gastroparésie, qui est la vidange gastrique anormale en l'absence d'obstruction, peut survenir en lien avec le diabète, comme complication découlant de la chirurgie gastrique ou, dans d'autres cas, pour des raisons souvent inconnues. Le traitement consiste à contrôler la glycémie chez les patients atteints de diabète ainsi qu'à modifier le régime alimentaire et à prescrire des médicaments pour stimuler le mouvement gastrique et soulager les nausées. Si ces interventions ne semblent pas être efficaces, on doit recourir à la stimulation gastrique électrique comme traitement de dernier recours. On a demandé au CCOTS de mettre à jour son examen fondé sur des données probantes de 2006–2007 dans le but d'évaluer l'efficacité de la stimulation gastrique électrique, qui s'avère moins effractive que la chirurgie gastrique et réversible.

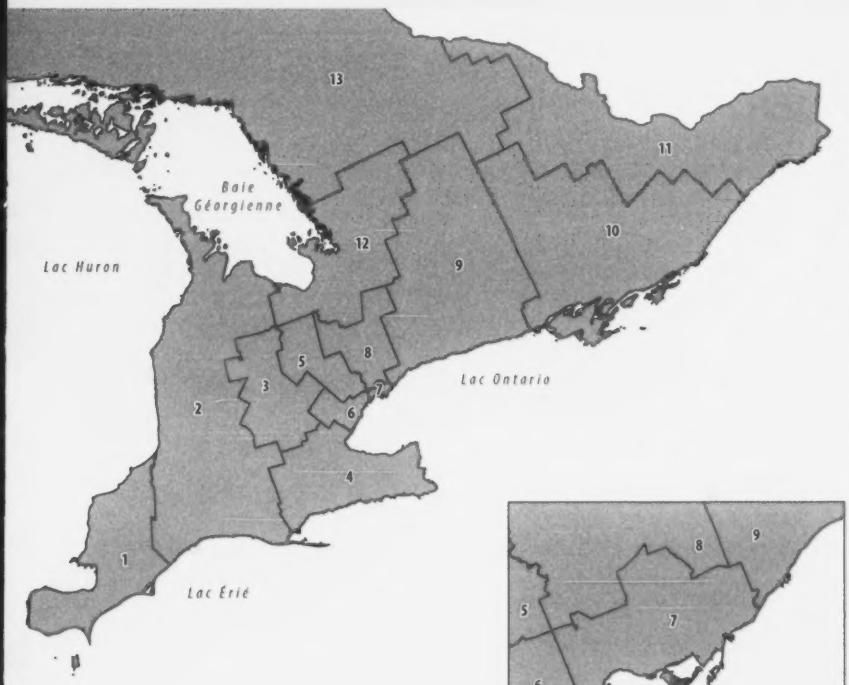
En s'appuyant sur le nouvel examen, le CCOTS a réitéré sa position précédente voulant qu'il ne pouvait pas recommander la stimulation gastrique électrique chez les personnes qui souffrent d'une gastroparésie grave sur laquelle les traitements n'ont aucun effet.



LE PROJET ONTARIEN DE SUIVI DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

SUIVI DES TECHNOLOGIES ÉVALUÉES PAR LE CCOTS

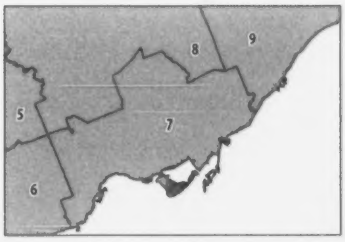
Le CCOTS a examiné de nombreuses technologies de la santé au cours des six dernières années. Quelques-unes ont été mises en évidence dans le présent rapport d'étape et, dans les cas où les bases de données étaient accessibles, le CCOTS a consigné le taux de diffusion à mesure que les médecins et la population en prenaient connaissance. Ces renseignements sont accessibles, pour une deuxième année consécutive, par l'entremise du **Projet ontarien de suivi de l'utilisation des technologies de la santé** qui suit l'adoption des recommandations du CCOTS en surveillant l'utilisation des technologies de la santé au fil du temps.

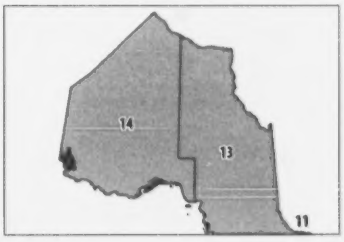


RÉSEAUX LOCAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14





DIFFUSION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ EN ONTARIO : ADOPTION DES TECHNOLOGIES ÉVALUÉES PAR LE CCOTS AU FIL DU TEMPS ET PAR RÉGION

GUIDE D'INTERPRÉTATION DES GRAPHIQUES ET DES CARTES

INTRODUCTION

Depuis sa création en 2003, le CCOTS a examiné de nombreuses technologies de la santé, recommandant des pratiques exemplaires relativement à leur utilisation dans la province de l'Ontario. Le CCOTS consigne en outre les taux de prolifération de certaines technologies à mesure que les médecins et la population en prennent connaissance et qu'il formule ses recommandations officielles. Le « Projet de suivi de l'utilisation des technologies de la santé » a été élaboré dans le but de suivre l'adoption des recommandations du CCOTS en surveillant l'utilisation des technologies de la santé évaluées par celui-ci au fil du temps et par région.

Remarque : *Le CCOTS ne prétend nullement que ses recommandations sont responsables des changements survenus en matière d'accès ou d'utilisation et ne peut expliquer les différences entre les RLISS en ce qui a trait au taux d'adoption et de diffusion de ces technologies.*

Le CCOTS a sélectionné treize technologies de la santé à des fins d'examen dans le cadre du Projet de suivi de l'utilisation des technologies de la santé :

1. ablation par radiofréquence pour le traitement du cancer du foie,
2. chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité morbide et du diabète,
3. stimulation cérébrale profonde pour le traitement des troubles du mouvement,
4. lavage arthroscopique pour le traitement de l'arthrose,
5. stimulation de la moelle épinière pour le soulagement de la douleur neuropathique,
6. embolisation par spirale pour le traitement des anévrismes intracrâniens,
7. stimulation des nerfs sacrés pour le traitement de l'incontinence par miction impérieuse, de la pollakiurie, de la rétention urinaire et de l'incontinence anale,
8. cartographie électrophysiologique perfectionnée et ablation par cathéter pour le traitement de la fibrillation auriculaire,
9. chutes entraînant des fractures chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (65 ans et plus),
10. bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort,
11. disques artificiels de remplacement pour le traitement de la discopathie dégénérative cervicale et lombaire,
12. réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale,
13. ablation de l'endomètre par ballonnet thermique pour le traitement de la ménométrorragie.

Les renseignements ci-dessous sont fournis pour chacune de ces technologies :

- une brève description de la technologie;
- un résumé des principaux résultats de l'examen systématique de la documentation effectué par le SSCM;
- un résumé des recommandations du CCOTS concernant la technologie;
- un graphique de l'utilisation de la technologie en Ontario entre les exercices 2003–2004 et 2008–2009;
- des cartes thématiques illustrant la diffusion de la technologie en Ontario par RLISS.

La surveillance de l'utilisation des technologies de la santé évaluées et recommandées par le CCOTS et l'estimation des tendances de cette façon s'avèrent être une méthode utile de détermination de l'accès à l'échelon régional. Afin de veiller à ce que tous les Ontariens et Ontariennes aient le meilleur accès possible à toutes les formes modernes de technologies de la santé, le CCOTS continuera d'assurer le suivi de ces interventions tout en ajoutant de nouvelles technologies à sa liste de surveillance.

INTERPRÉTATION DES CARTES

Le taux normalisé selon l'âge et le sexe des interventions qu'ont subies les patients desservis par chaque RLISS a été calculé pour chaque technologie. Ce taux a été utilisé pour produire des ratios comparatifs en vertu desquels le taux normalisé du RLISS est comparé au taux provincial. Les ratios comparatifs ont ensuite été reportés sur une carte pour montrer les variations régionales en matière d'adoption, comme l'illustre l'exemple de carte ci-dessous (figure 1). Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont les cartes ont été préparées, reportez-vous à la section portant sur les méthodes aux pages 64 à 68.

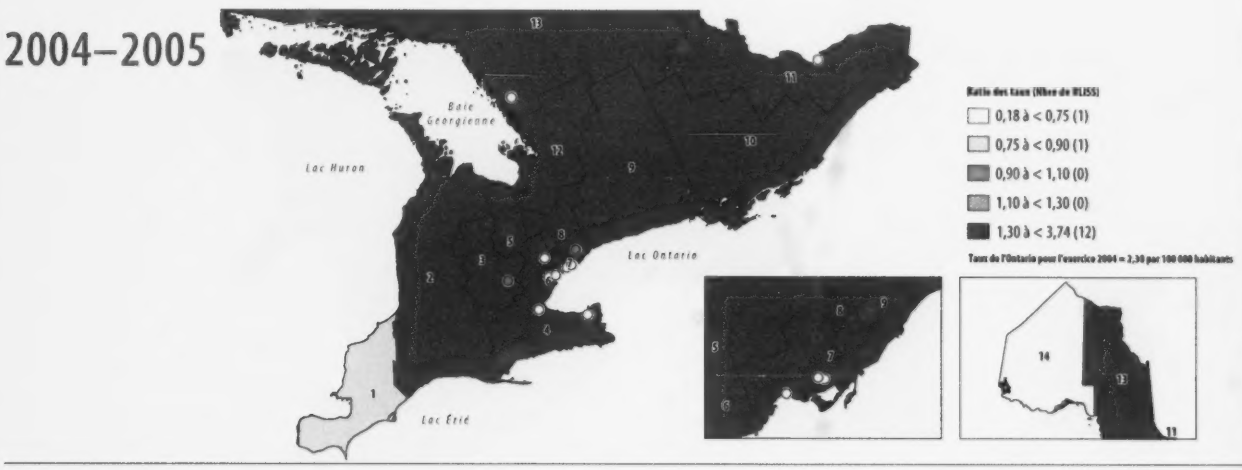


Figure 1 : Exemple de carte thématique

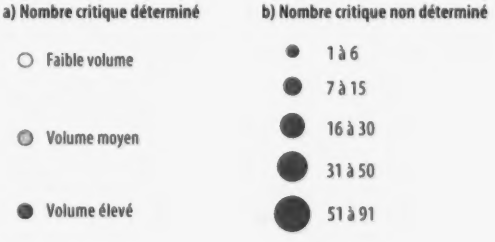
Comme l'indique l'exemple de carte thématique, chaque RLISS est représenté avec un code de couleur selon son ratio des taux. Par exemple, pendant l'exercice 2008–2009, le ratio des taux du RLISS 2 était de 1,491. Cela nous indique qu'en 2008–2009, le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par le RLISS 2 était de 49 % supérieur à la moyenne ontarienne de 2,30 interventions par 100 000 habitants au cours de l'exercice 2004–2005 (année pendant laquelle le CCOTS a formulé sa recommandation). Puisqu'un ratio des taux de 1,49 entre dans la catégorie la plus élevée (> 1,30), le RLISS 2 reçoit le code de couleur bleu foncé correspondant ■.

AU MOMENT D'INTERPRÉTER LES CARTES, IL EST IMPORTANT DE SE RAPPELER DEUX POINTS ESSENTIELS :

1. Le ratio des taux nous renseigne sur le taux d'interventions qu'ont subies les **patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement**. Par conséquent, le ratio des taux d'un RLISS donné peut être plus faible que prévu s'il s'y trouve un hôpital à haut volume qui traite un grand nombre de patients de l'extérieur de cette région.
2. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages et seuls les changements qui sont suffisants pour passer d'une catégorie à l'autre seront pris en compte dans le codage couleur des cartes.

Douze des cartes incluses dans le rapport fournissent en outre des données sur le nombre d'interventions d'hôpitaux précis. En ce qui concerne certaines technologies, les chirurgiens doivent pratiquer un certain nombre d'interventions afin de maintenir des niveaux de compétence adéquats et (ou) de faibles taux de complications. Pour ces technologies, le nombre d'interventions pratiquées par les hôpitaux est indiqué sur la carte respective. Si un nombre critique d'interventions précis a été déterminé, les hôpitaux ont été classés comme étant à volume « faible », « moyen » ou « élevé » d'après ce seuil et représentés par des points de couleurs différentes sur la carte. Si aucun seuil critique n'a été déterminé, les volumes ont été représentés par des points de taille proportionnelle sur la carte, comme l'illustre la figure 2.

Figure 2 : Exemple de marqueurs du volume des hôpitaux que l'on retrouve sur les cartes



[1]Taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par le RLISS 2 = 3,42 par 100 000 habitants; le taux ontarien était de 2,30 par 100 000 habitants.

Ratio des taux = taux d'interventions des RLISS/taux ontarien

$$\textit{Ratio des taux} = \frac{3{,}42 \textit{ par } 100\,000}{2{,}30 \textit{ par } 100\,000} = 1{,}49$$

INDEX DES GRAPHIQUES ET DES CARTES

Ablation par radiofréquence pour le traitement du cancer primitif du foie 33

Chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité morbide 34

Stimulation cérébrale profonde pour le traitement des troubles du mouvement 38

Lavage arthroscopique pour le traitement de l'arthrose 40

Stimulation de la moelle épinière pour le soulagement de la douleur neuropathique 42

Embolisation par spirale pour le traitement des anévrismes intracrâniens 44

Stimulation des nerfs sacrés pour le traitement de l'incontinence par miction impérieuse, de la pollakiurie, de la rétention urinaire et de l'incontinence anale 47

Cartographie électrophysiologique perfectionnée et ablation par cathéter pour le traitement de la fibrillation auriculaire 48

Chutes entraînant des fractures chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (65 ans et plus) 50

Bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort 52

Disques artificiels de remplacement pour le traitement de la discopathie dégénérative lombaire et cervicale 55

Réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale 58

Ablation de l'endomètre par ballonnet thermique pour le traitement de la ménométrorragie 61

Méthodologie 64

ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE POUR LE TRAITEMENT DU CANCER PRIMITIF DU FOIE

L'ablation par radiofréquence est une technique de traitement des cancers du foie de petite taille qui ne peuvent pas être traités par voie chirurgicale. Elle consiste en l'application de courants électriques alternatifs à haute fréquence aux tissus cancéreux, ce qui produit une chaleur intense qui détruit la tumeur. L'intervention peut être pratiquée sous anesthésie générale ou locale et par voie percutanée, par laparoscopie ou pendant une intervention chirurgicale.

DONNÉES PROBANTES

Chaque année, environ 550 personnes en Ontario reçoivent un diagnostic de cancer du foie. Le traitement de premier recours des patients qui ont un carcinome hépatocellulaire consiste en une résection chirurgicale ou une transplantation hépatique, dont le taux de survie après 5 ans est d'environ 50 %; cependant, de 15 à 25 % seulement des patients ayant un carcinome hépatocellulaire sont admissibles à la chirurgie et encore moins à la transplantation. L'ablation par radiofréquence est indiquée chez les patients qui ne sont pas admissibles à la chirurgie ou à la transplantation et qui ont quelques petits nodules hépatiques. Parmi les solutions de rechange à l'ablation par radiofréquence, citons l'injection d'alcool éthylique par voie percutanée et la chimioembolisation transcathéter.

En 2004–2005, le SSCM a effectué un examen systématique des données probantes sur l'ablation par radiofréquence pour le traitement du cancer primitif du foie et a constaté :

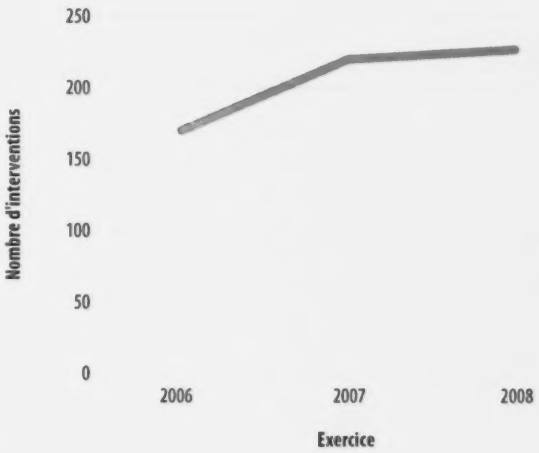
- que l'ablation par radiofréquence s'avère efficace pour traiter les patients qui ont de petits carcinomes hépatocellulaires inopérables;
- que cette intervention est aussi sûre et peut-être plus efficace que l'injection d'alcool éthylique par voie percutanée;
- qu'elle peut être avantageuse pour certains patients porteurs de métastases hépatiques ou atteints d'un autre cancer primitif touchant d'autres organes; cependant, l'efficacité de ces traitements n'a pas encore été prouvée.

Nota : La diffusion de l'ablation par radiofréquence par RLISS n'est pas indiquée parce que certaines données ont été obtenues directement auprès des hôpitaux.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Le nombre d'ablations par radiofréquence pratiquées annuellement en Ontario a augmenté progressivement, passant à plus de 33 % entre 2006–2007 et 2008–2009.

TENDANCES PROVINCIALES :
ABLATION PAR RADIOFRÉQUENCE POUR LE TRAITEMENT DU CANCER PRIMITIF DU FOIE



RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005)

À la suite d'un examen des données probantes présenté par le SSCM, le CCOTS a recommandé :

- que l'ablation par radiofréquence soit considérée comme une possibilité de traitement des patients ayant de petits carcinomes hépatocellulaires inopérables;
- que la chimioembolisation transcathéter soit considérée comme une possibilité de traitement des patients ayant des carcinomes hépatocellulaires inopérables seulement lorsque les autres techniques d'ablation ont échoué;
- que le recours à l'ablation par radiofréquence soit limité aux unités multidisciplinaires d'un maximum de trois ou quatre hôpitaux dans la province;
- que les lignes directrices cliniques et les directives d'utilisation relatives au traitement des carcinomes hépatocellulaires inopérables soient élaborées par Action Cancer Ontario;
- que le recours à l'ablation par radiofréquence pour le traitement de maladies autres que le cancer primitif du foie soit toujours expérimental et qu'il ne soit pas recommandé à l'heure actuelle.

CHIRURGIE BARIATRIQUE POUR LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ MORBIDE

La chirurgie bariatrique est une possibilité de traitement des obèses morbides dont l'indice de masse corporelle est égal ou supérieur à 40 kg/m^2 ou à 35 kg/m^2 s'ils souffrent d'autres maladies et qui n'ont pas perdu de poids en suivant un régime, en faisant de l'exercice, en modifiant leur comportement et en prenant des médicaments. L'intervention peut être pratiquée soit par pontage gastrique, soit par une petite incision dans l'abdomen pour placer un anneau gastrique ajustable par laparoscopie autour de l'estomac.

DONNÉES PROBANTES

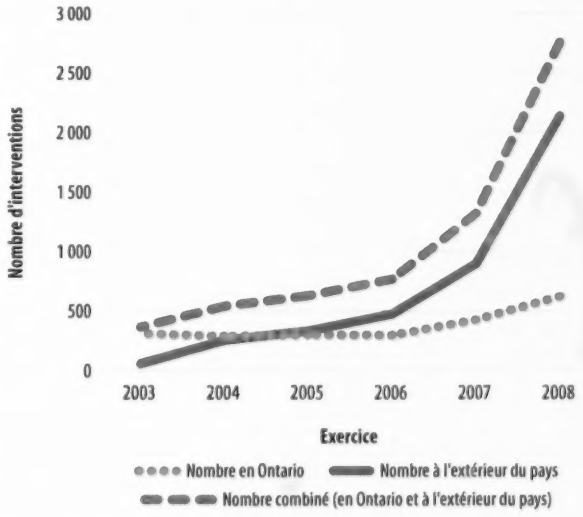
L'examen de 2004–2005 et la mise à jour de 2009–2010 sur le cerclage gastrique ajustable par laparoscopie effectués par le SSCM ont révélé que :

- la chirurgie bariatrique est efficace pour une perte de poids moyenne de 16 % chez les obèses morbides – résultat qui durera plus de 10 ans. Elle s'avère également efficace pour traiter les comorbidités, particulièrement le diabète;
- bien que le pontage semble être plus efficace que les techniques restrictives (comme le cerclage gastrique ajustable par laparoscopie), il n'existe aucune étude à long terme qui compare ces options;
- les complications à long terme liées au cerclage gastrique ajustable par laparoscopie (p. ex., le déplacement ou l'érosion de l'anneau) varient, mais on a observé qu'elles survenaient chez moins de 4 % des patients dans les études portant sur les interventions et les dispositifs d'implantation récents. Ces dernières ont présenté des taux de complications plus faibles.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Au cours des dernières années, le nombre total de chirurgies bariatriques pratiquées sur des Ontariennes et des Ontariens, à l'intérieur ou à l'extérieur de la province, est passé rapidement d'environ 630 en 2005 à plus de 2 750 en 2008 (il convient de noter que ces chiffres excluent les interventions pratiquées dans des cliniques privées).
- On a remarqué un accroissement de l'accès à la chirurgie bariatrique en Ontario pour les obèses morbides atteints de diabète. En 2007–2008, 75 des 423 chirurgies bariatriques ont été pratiquées chez des personnes souffrant de diabète et, en 2008–2009, c'était le cas pour 135 des 619 interventions pratiquées dans la province.
- Bien que le nombre de personnes qui ont subi ce type d'opération à l'extérieur du pays ait augmenté considérablement, l'Ontario a accru le financement de sorte que 2 100 patients subiront une chirurgie bariatrique en Ontario en 2010–2011.

CHIRURGIE BARIATRIQUE : ONTARIO, À L'EXTÉRIEUR DU PAYS ET COMBINÉS

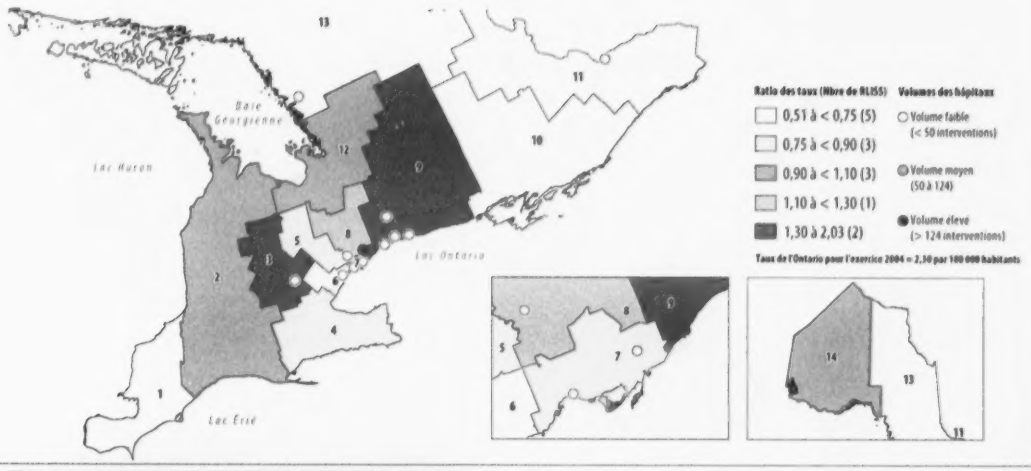


RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005 ET 2009–2010)

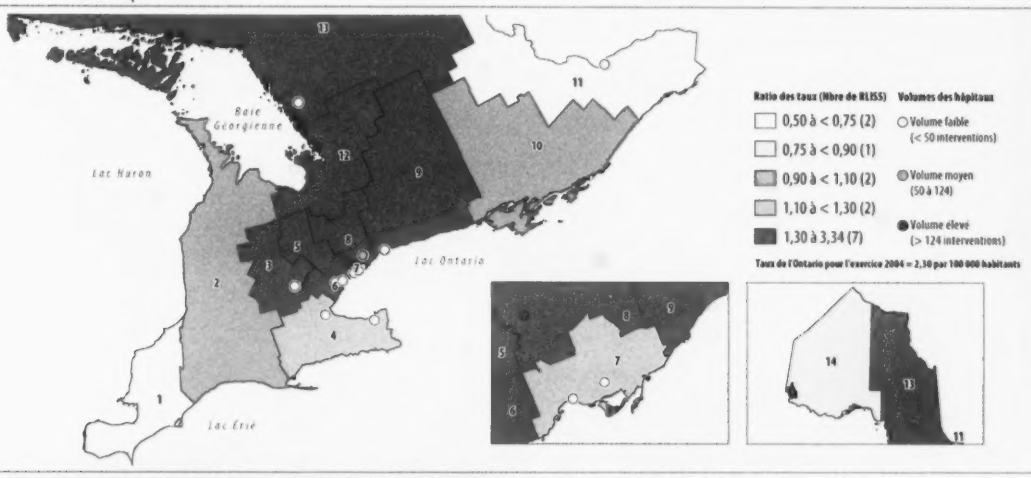
- Le CCOTS appuie entièrement le Rapport de 2004 du médecin hygiéniste en chef intitulé *Poids santé, vie saine* qui porte sur la nécessité de prévenir l'obésité.
- La chirurgie bariatrique est une technique efficace pour le traitement des obèses morbides chez qui les méthodes non chirurgicales antérieures pour perdre du poids ont échoué. Le cerclage gastrique ajustable devrait être un service assuré et des critères détaillés de sélection des patients qui envisagent la chirurgie bariatrique doivent être définis.
- Des centres d'excellence de chirurgie bariatrique dotés d'une infrastructure appropriée devraient être créés en collaboration avec des équipes interdisciplinaires de spécialistes afin d'évaluer et de traiter les patients obèses morbides. Le cerclage gastrique ajustable devrait être considéré comme un service assuré dans ces centres.
- La priorité en matière de chirurgie bariatrique devrait être accordée aux obèses morbides atteints de diabète (IMC > 35) plutôt qu'à ceux qui n'en souffrent pas.
- Un registre devrait être créé pour évaluer l'efficacité et les conséquences négatives (à court et à long termes) du pontage gastrique et du cerclage gastrique ajustable.

RATIO DES TAUX DE CHIRURGIES BARIATRIQUES PRATIQUÉES EN ONTARIO POUR TRAITER L'OBÉSITÉ MORBIDE

2004–2005



2007–2008



2008–2009

Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

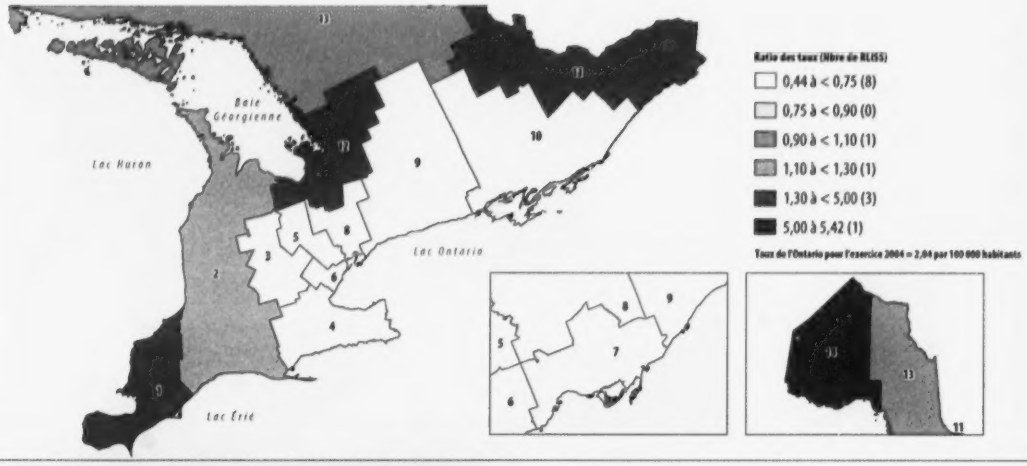
RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair	1
Sud-Ouest	2
Waterloo Wellington	3
Hamilton Niagara Haldimand Brant	4
Centre-Ouest	5
Mississauga Halton	6
Centre-Toronto	7
Centre	8
Centre-Est	9
Sud-Est	10
Champlain	11
Simcoe Nord Muskoka	12
Nord-Est	13
Nord-Ouest	14

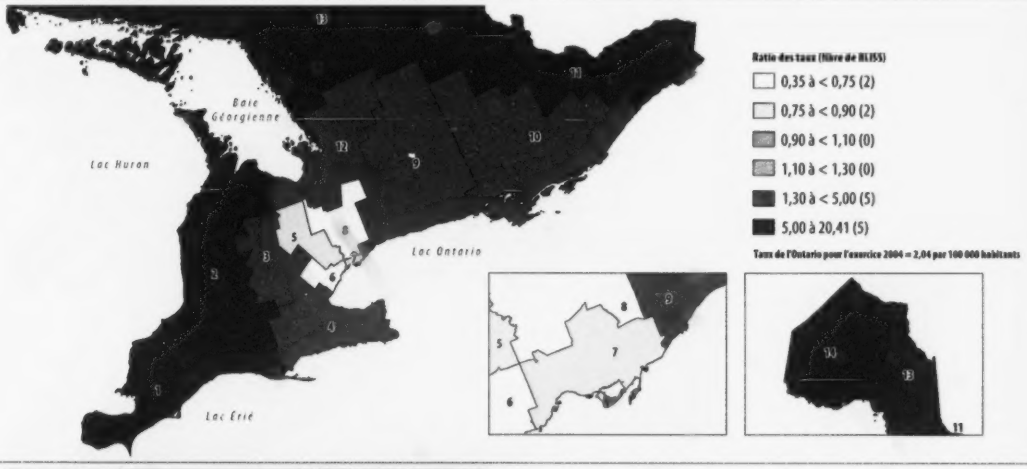
Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE CHIRURGIES BARIATRIQUES PRATIQUÉES À L'EXTÉRIEUR DU PAYS POUR TRAITER L'OBÉSITÉ MORBIDE

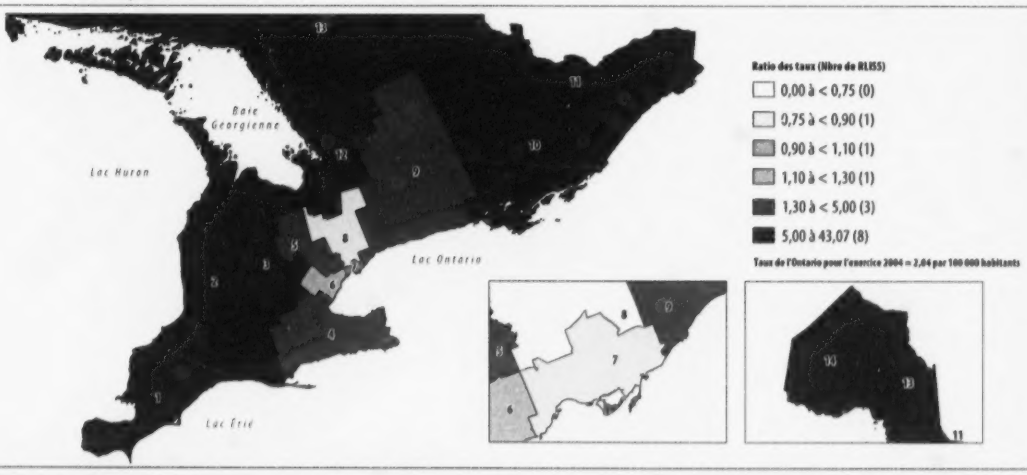
2004–2005



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

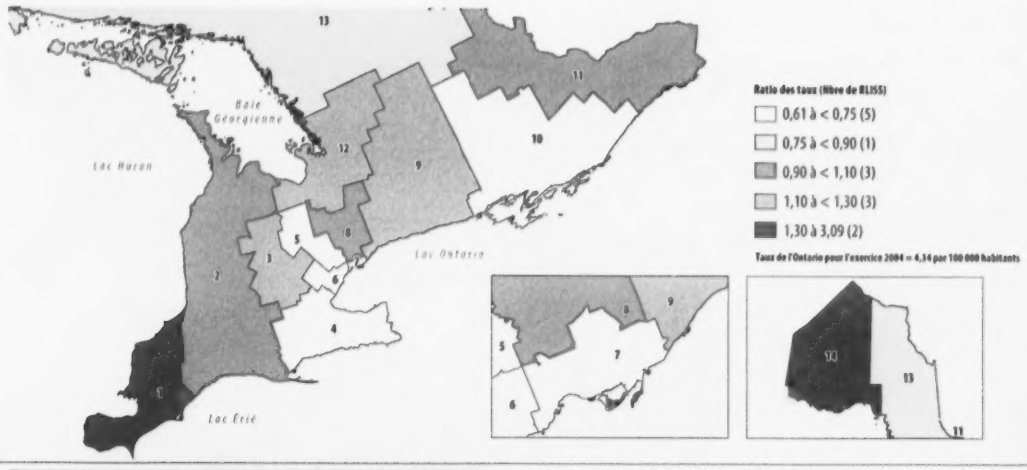
RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

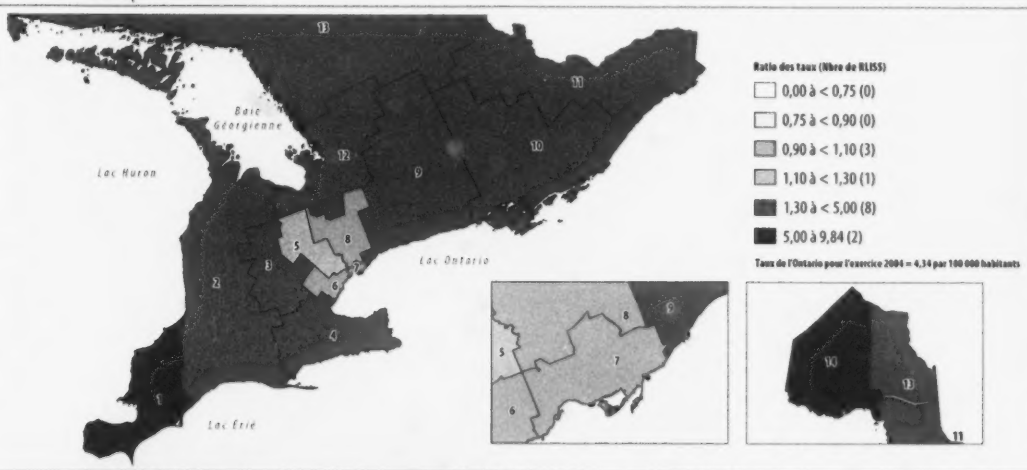
Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE CHIRURGIES BARIATRIQUES PRATIQUÉES POUR TRAITER L'OBÉSITÉ MORBIDE (EN ONTARIO ET À L'EXTÉRIEUR DU PAYS)

2004–2005



2007–2008



2008–2009

Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

STIMULATION CÉRÉBRALE PROFONDE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU MOUVEMENT

La stimulation cérébrale profonde (SCP) consiste à implanter dans le cerveau un petit dispositif semblable à un stimulateur cardiaque. Ce dispositif émet des ondes électriques qui modifient l'activité cérébrale pour soulager les symptômes observés dans les troubles du mouvement tels que la maladie de Parkinson, le tremblement essentiel et la dystonie.

DONNÉES PROBANTES

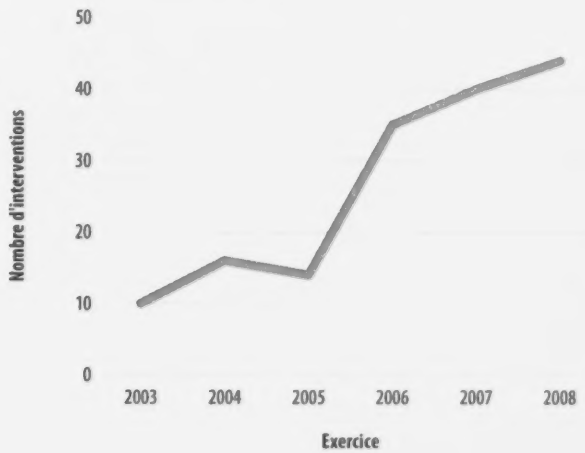
En mars 2005, le SSCM a publié son analyse de la SCP pour le traitement des troubles du mouvement, qui a révélé que :

- le recours à la SCP sans médicaments supplémentaires a entraîné une amélioration considérable de la fonction motrice chez les patients de l'ordre de 22 à 71 % sur une échelle de mesure des mouvements. Les périodes de suivi dans les études examinées ont duré jusqu'à 5 ans;
- la SCP peut efficacement contrer les troubles de tonicité (dystonie) pendant plus d'un an;
- les taux de complications varient de 4 à 8 % et semblent dépendre des compétences du médecin relativement à l'utilisation de la technologie.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Malgré une augmentation constante d'une année à l'autre du nombre de SCP pratiquées, moins de 50 interventions sont réalisées en Ontario chaque année.
- À l'heure actuelle, il y a très peu de neurochirurgiens en Ontario qui possèdent les compétences nécessaires pour implanter des dispositifs de SCP. Il est probable que ce soit l'expertise dont dispose un RLISS qui joue un rôle prépondérant dans la détermination du nombre d'interventions pratiquées.

TENDANCES PROVINCIALES : STIMULATION CÉRÉBRALE PROFONDE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU MOUVEMENT



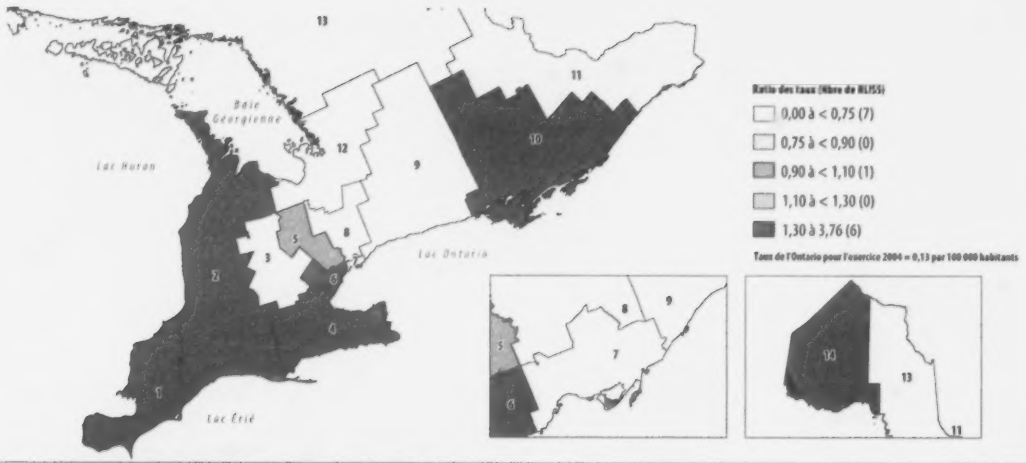
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005)

Compte tenu du nombre limité de neurochirurgiens dans la province qui possèdent les compétences nécessaires pour pratiquer des SCP, le CCOTS a recommandé que :

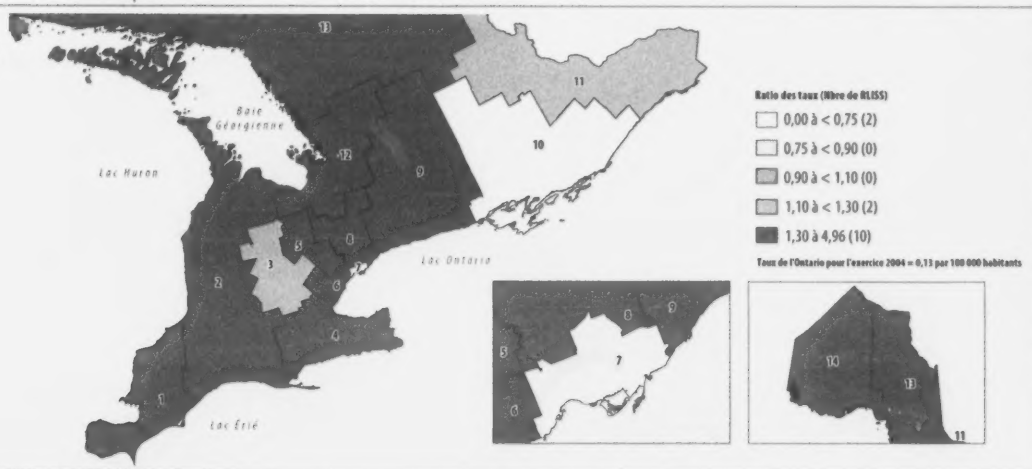
- l'accès à la SCP soit amélioré en Ontario pour les personnes atteintes de troubles du mouvement réfractaires aux médicaments et que les interventions soient envisagées dans des centres qui possèdent une expertise multidisciplinaire et conformément aux lignes directrices relatives à la sélection des patients;
- les patients soient sélectionnés en consultation avec plusieurs experts, qui peuvent comprendre un neurochirurgien, un neurologue, un neurophysiologiste, un psychologue ou un psychiatre, et avec d'autres spécialistes en cas d'affections sous-jacentes.

RATIO DES TAUX DE STIMULATIONS CÉRÉBRALES PROFONDES POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU MOUVEMENT

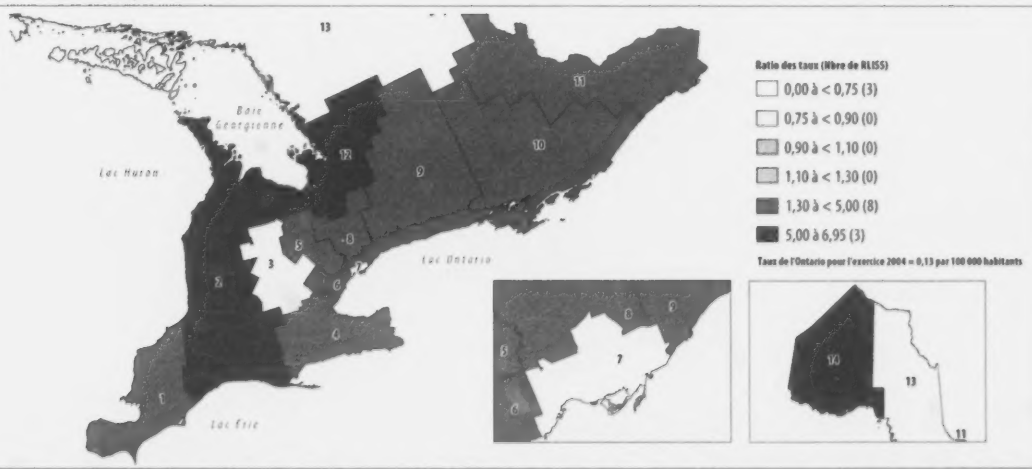
2004–2005



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

LAVAGE ARTHROSCOPIQUE POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHROSE

Le lavage arthroscopique est utilisé pour le traitement de l'arthrose du genou et consiste en l'introduction guidée visuellement d'une solution saline dans l'articulation du genou et au retrait de liquide dans le but d'extraire l'excédent de sang et de liquides et les corps flottants qui peuvent y être présents. Le lavage est souvent combiné au débridement arthroscopique au cours duquel les frondes des tissus articulaires ou dégénératifs sont retirées à l'aide d'une combinaison d'injection de liquide et d'aspiration.

DONNÉES PROBANTES

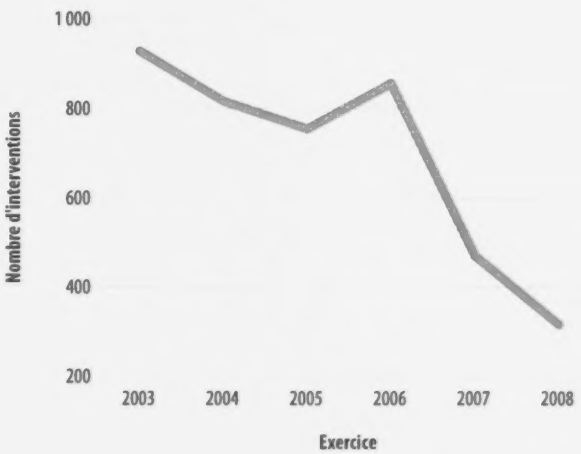
Un examen systématique de la documentation publiée effectué en 2005–2006 par le SSCM a permis de conclure :

- que, dans les cas d'arthrose précoce du genou dont la douleur est réfractaire aux médicaments, le lavage arthroscopique entraîne un soulagement significatif sur le plan statistique mais non clinique pendant un maximum de 12 mois. Ce traitement ne nuit pas à la fonction articulaire;
- qu'en règle générale, dans les cas d'arthrose modérée ou grave du genou réfractaire aux médicaments, l'incidence du lavage et du débridement arthroscopiques sur la douleur et la fonction n'est pas statistiquement importante. Cependant, ce traitement peut contrer la douleur causée par l'arthrose sévère de la partie médiale (interne) du genou (condyle fémoral) pendant un maximum de 5 ans;
- que l'efficacité du débridement et de l'ablation du ménisque chez des sous-ensembles appropriés de patients doit faire l'objet d'examens supplémentaires;
- que la réparation arthroscopique des déchirures méniscales internes entraîne un meilleur contrôle de la douleur après 2 ans.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Le nombre annuel de lavages arthroscopiques pratiqués pour le traitement de l'arthrose continue de diminuer à l'échelle de la province.
- De 2003–2004 à 2008–2009, le nombre de lavages pratiqués pour le traitement de l'arthrose a chuté des deux tiers environ, passant de 928 à 316.
- Seuls trois RLISS continuent de pratiquer cette intervention à un rythme relativement élevé.

TENDANCES PROVINCIALES : LAVAGE POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHROSE



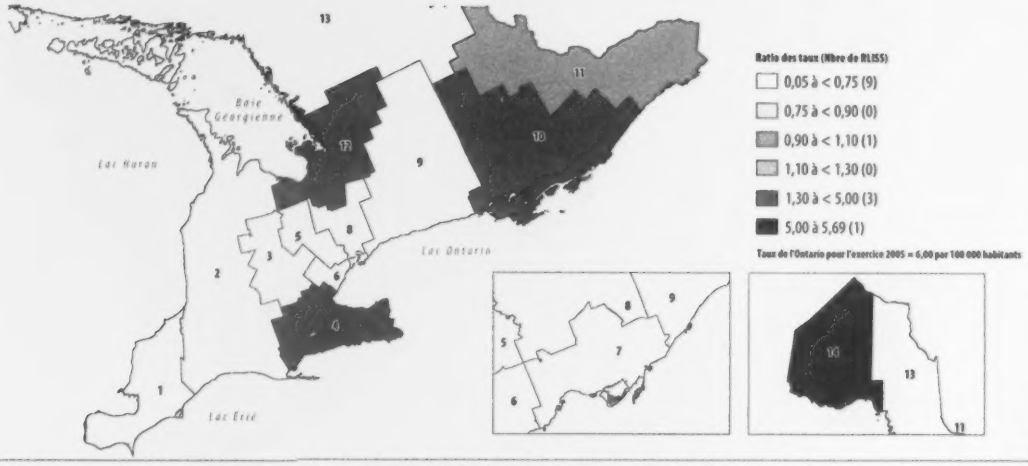
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2005–2006)

En s'appuyant sur les données probantes trouvées par le SSCM, le CCOTS a conclu :

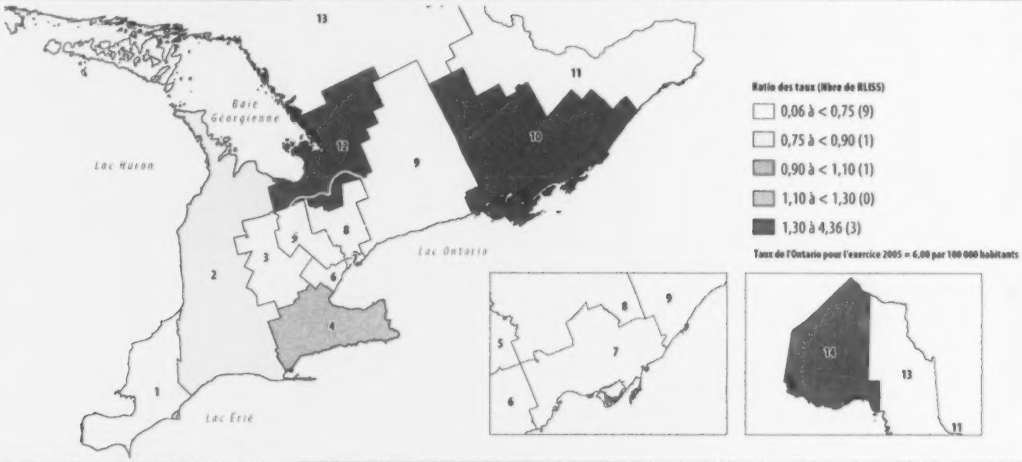
- que le débridement arthroscopique du genou s'est révélé efficace jusqu'à présent uniquement pour le traitement de l'arthrose compartimentale interne. Tous les autres traitements devraient être examinés dans le but de réduire le nombre de débridements arthroscopiques comme traitement efficace;
- que le lavage arthroscopique n'est indiqué pour aucun stade d'arthrose;
- qu'il existe très peu de données probantes de qualité sur l'efficacité du débridement avec méniscectomie partielle dans le cas de déchirures méniscales liées à l'arthrose du genou.

RATIO DES TAUX DE LAVAGES ARTHROSCOPIQUES POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHROSE

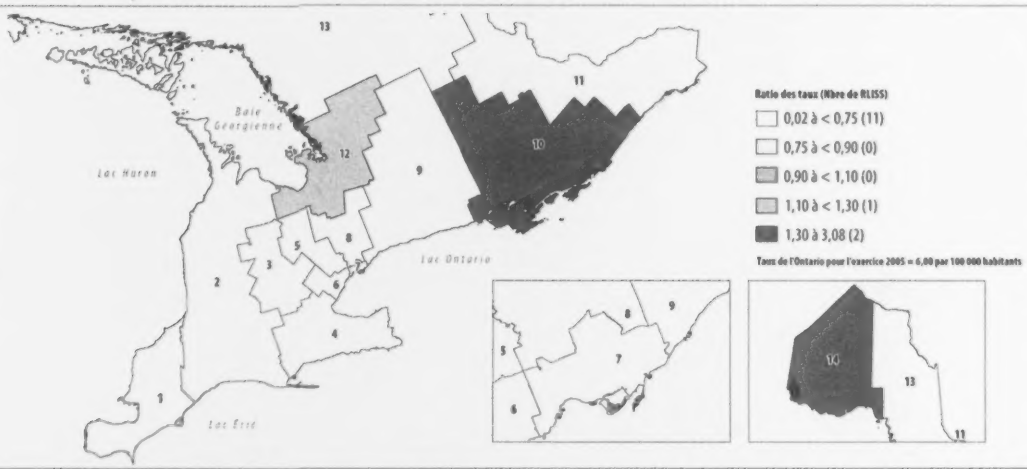
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

STIMULATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

La douleur neuropathique, qui se caractérise par une douleur à type de brûlure ou une douleur fulgurante ou lancinante, résulte de dommages au système nerveux ou du dysfonctionnement de ce dernier. La stimulation de la moelle épinière est une forme de traitement par stimulation électrique utilisée chez les patients qui souffrent d'une douleur neuropathique chronique réfractaire au tronc et aux membres. Elle consiste en l'application sur la moelle épinière de signaux électriques à basse tension émis par un générateur d'impulsions qui circulent par des électrodes spécialisées placées dans l'espace épidural.

DONNÉES PROBANTES

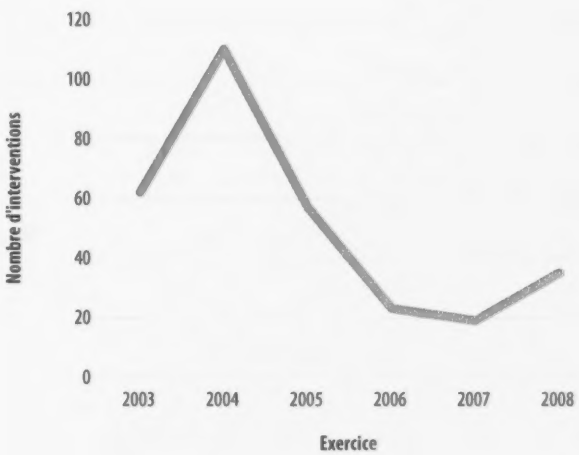
En 2004–2005, le SSCM a effectué un examen systématique des données probantes sur le recours à la stimulation de la moelle épinière pour le traitement de la douleur neuropathique. À l'époque, les médicaments de remplacement recommandés par le Conseil de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont en outre fait l'objet d'un examen. L'analyse du SSCM a révélé que :

- les données probantes tirées d'études de haute qualité confirment l'efficacité de la stimulation de la moelle épinière pour diminuer la douleur causée par certaines maladies neuropathiques. Le traitement s'est en outre avéré efficace pour améliorer l'état fonctionnel et la qualité de vie des patients;
- bien qu'on ait estimé les besoins de services de stimulation de la moelle épinière comme étant bien supérieurs à 300 patients par année, les services actuellement dispensés ne peuvent accueillir qu'entre 30 et 50 patients par année;
- les médicaments disponibles pour soulager la douleur neuropathique comprennent les anticonvulsivants, les antidépresseurs, les médicaments oraux possédant des propriétés anesthésiques locales, les opioïdes, la capsaïcine topique et les blocs sympathiques régionaux intraveineux. Parmi ceux-ci, seuls les analgésiques opioïdes et la capsaïcine sont approuvés à titre d'antidouleur par la Direction générale de la protection de la santé de Santé Canada – les autres sont considérés comme des traitements secondaires ou « adjuvants ».

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Depuis le sommet atteint en 2004–2005, le nombre de dispositifs de stimulation de la moelle épinière implantés en Ontario a régulièrement diminué.
- Le recours accru aux traitements pharmacologiques moins effractifs, tels que la gabapentine pour le traitement de la douleur neuropathique, peut expliquer la diminution de l'utilisation de la stimulation de la moelle épinière en Ontario.

TENDANCES PROVINCIALES : STIMULATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE



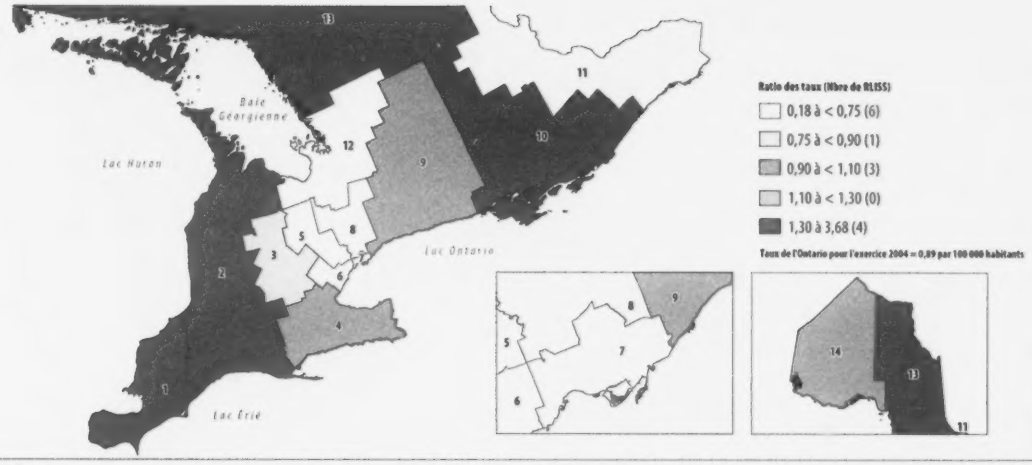
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005)

À la suite d'un examen des données probantes présenté par le SSCM, le CCOTS a recommandé :

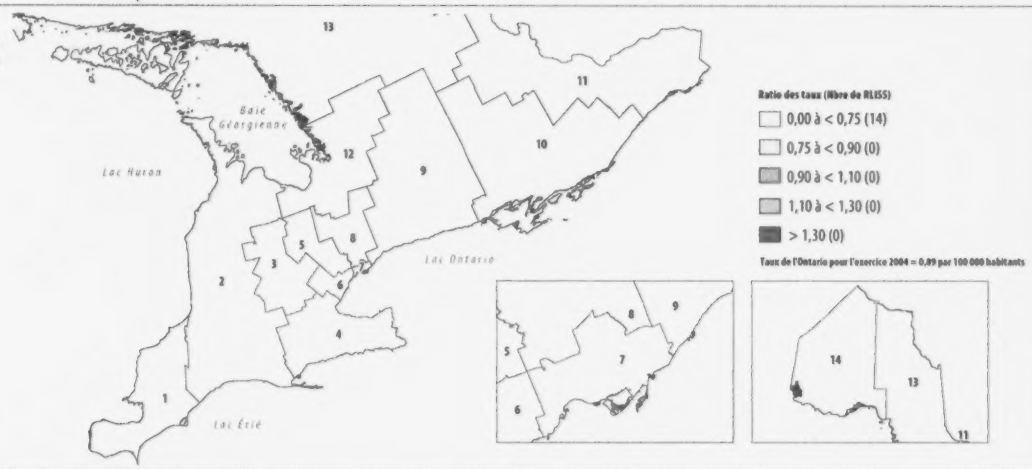
- d'améliorer l'accès à la stimulation de la moelle épinière pour le soulagement de la douleur neuropathique chronique réfractaire dans le cadre de programmes multidisciplinaires complets de soulagement de la douleur.

RATIO DES TAUX DE STIMULATIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE POUR LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

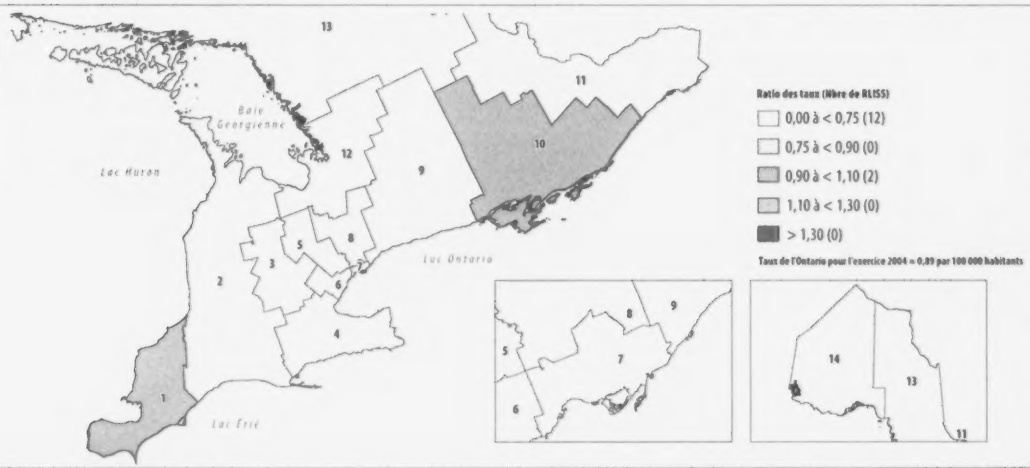
2004–2005



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

EMBOLISATION PAR SPIRALE POUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES INTRACRÂNIENS

L'embolisation par spirale est une méthode minimalement effractive de traitement des anévrismes cérébraux à l'intérieur des vaisseaux sanguins sans recourir à la réparation chirurgicale effractive (cisaillement chirurgical). Cette méthode consiste à insérer des spirales de platine à l'aide de microcathéters dans l'artère fémorale et à placer celles-ci de manière à occlure l'anévrisme.

DONNÉES PROBANTES

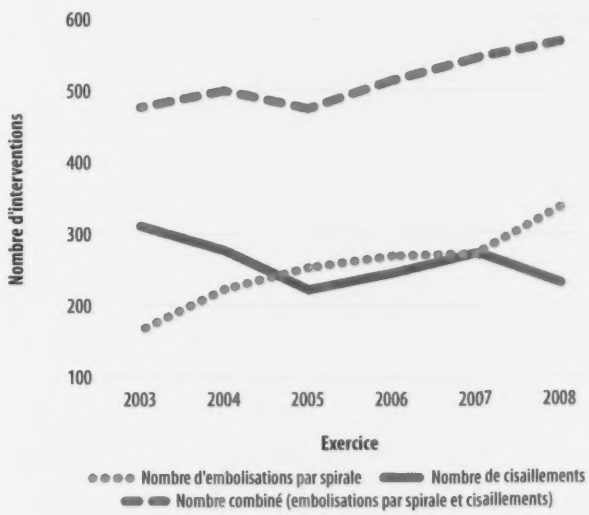
Un examen systématique de la documentation effectué par le SSCM en 2005–2006 a révélé que :

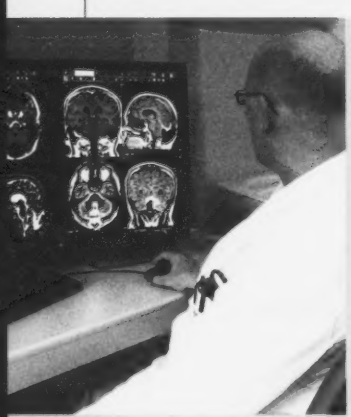
- l'embolisation par spirale est sûre et efficace à court terme pour prévenir le resaignement à la suite de la rupture d'anévrismes opérables et inopérables;
- l'embolisation par spirale pour le traitement de la rupture d'anévrismes chez les patients qui présentent un faible risque entraîne une réduction considérable du nombre de décès et de la dépendance comparativement au cisaillement chirurgical;
- les patients qui présentent un risque chirurgical élevé et ceux qui souffrent d'anévrismes dans des zones inaccessibles par voie chirurgicale sont ceux qui bénéficient le plus de l'embolisation par spirale;
- ce traitement est moins efficace pour obtenir une occlusion totale des anévrismes; les effets à long terme d'une occlusion partielle sont encore inconnus.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Le nombre d'embolisations par spirale en Ontario a régulièrement augmenté et le nombre total d'interventions pratiquées à l'échelle provinciale a doublé entre 2003–2004 et 2008–2009.
- Au cours de la même période, le nombre de cisaillements chirurgicaux a diminué dans la plupart des RLISS.
- Le nombre total d'anévrismes intracrâniens traités a augmenté à la suite de l'adoption de l'embolisation par spirale étant donné que les anévrismes précédemment inopérables peuvent être traités avec cette méthode.
- On a noté une variation plus grande d'une année à l'autre entre les RLISS en ce qui a trait au taux de cisaillements chirurgicaux effectués.

TENDANCES PROVINCIALES : EMBOLISATION PAR SPIRALE POUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES INTRACRÂNIENS



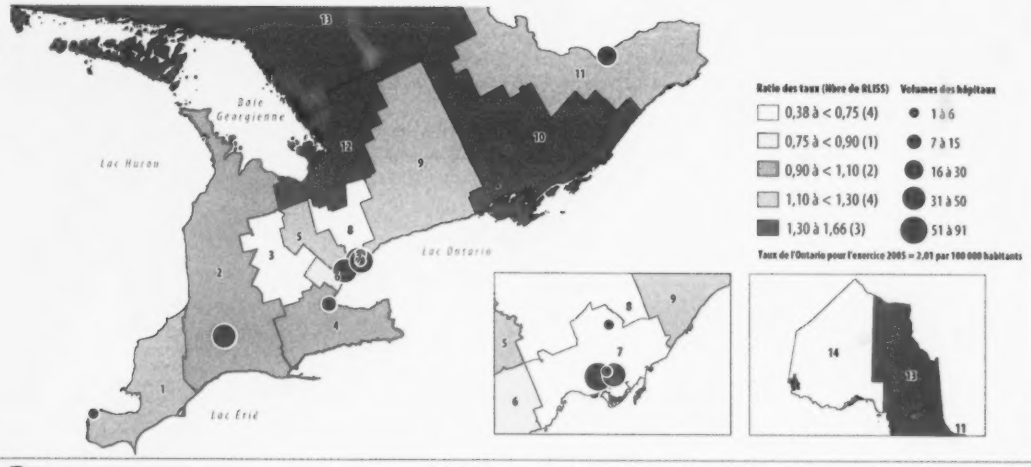


RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2005–2006)

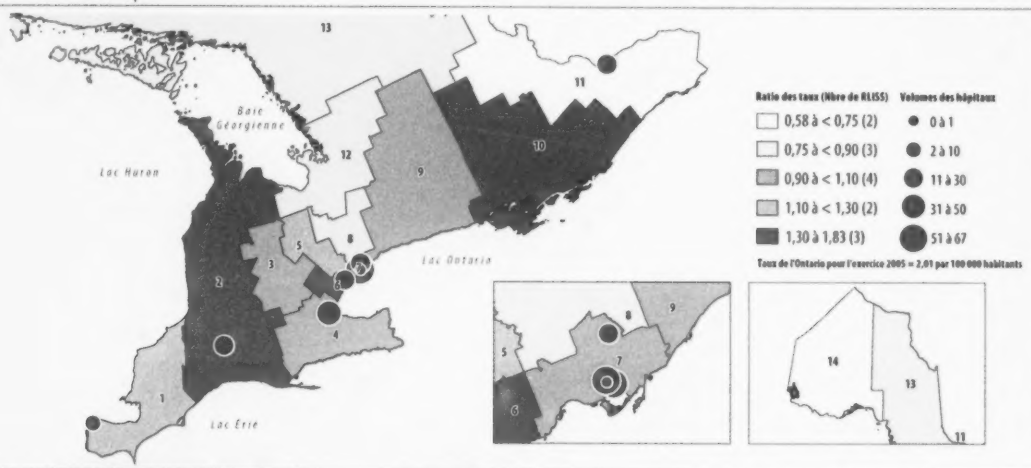
- Le MSSLD devrait assurer l'embolisation par spirale pour le traitement des anévrismes intracrâniens.
- L'embolisation par spirale devrait être seulement envisagée dans les centres qui ont l'expertise, le matériel et le volume nécessaires.
- Le MSSLD devrait adopter une politique en matière de facilité d'accès à cette technologie en tenant compte du fait que les patients qui souffrent d'une hémorragie sous-arachnoïdienne devraient être traités le plus tôt possible avec un minimum d'interruption (p. ex., transport aérien).
- Le MSSLD devrait envoyer une copie des recommandations du CCOTS sur l'embolisation par spirale au Comité des services de médecin afin de l'en informer. Ce dernier devrait ensuite examiner l'ajout d'un code d'honoraires pour l'embolisation par spirale dans la liste des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario.

RATIO DES TAUX D'EMBOLISATIONS PAR SPIRALE POUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES INTRACRÂNIENS

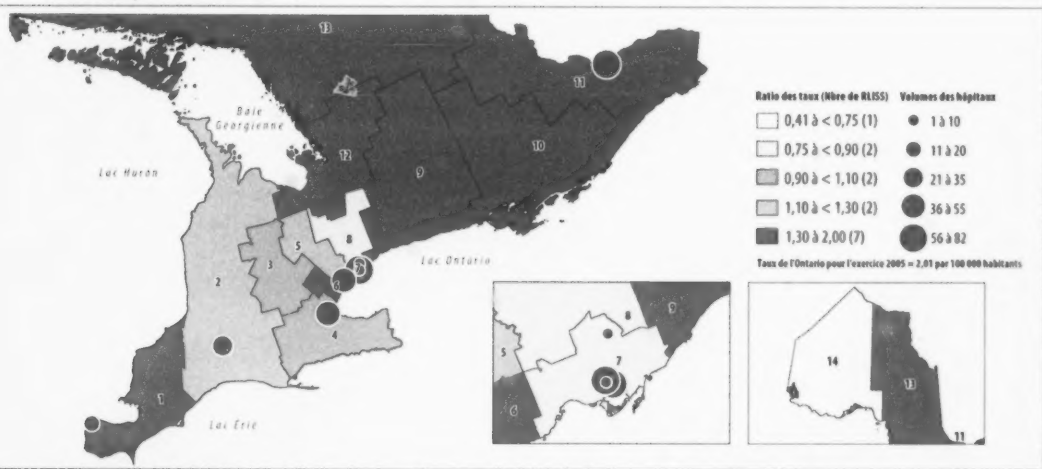
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

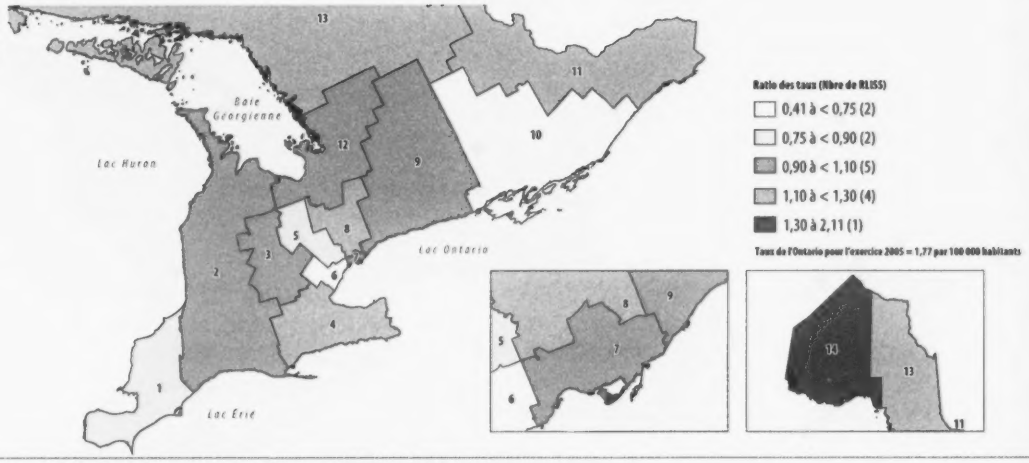
RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

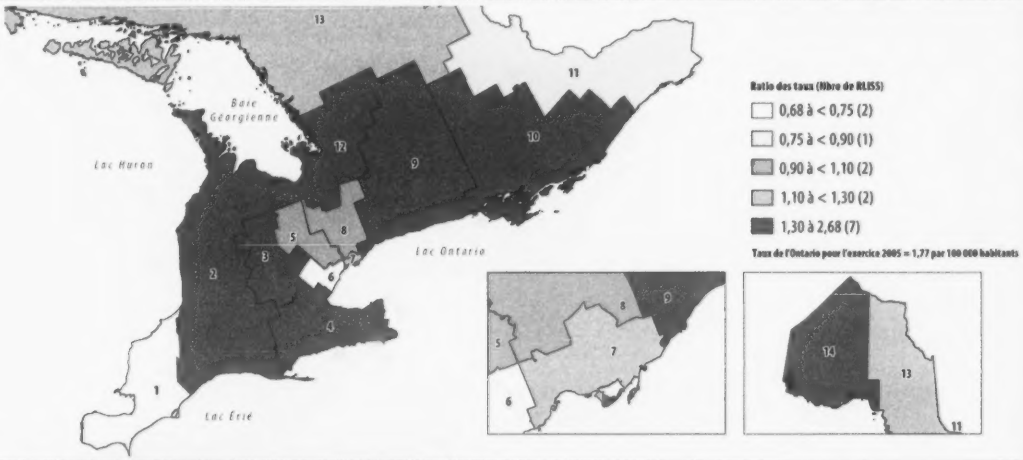
Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE CISAILLEMENTS CHIRURGICAUX POUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES INTRACRÂNIENS

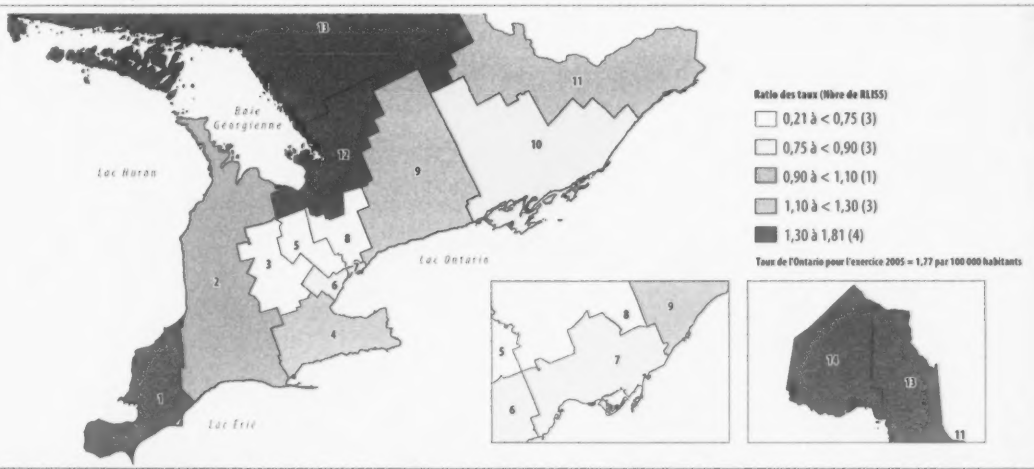
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

STIMULATION DES NERFS SACRÉS POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE PAR MICTION IMPÉRIEUSE, DE LA POLLAKIURIE, DE LA RÉTENTION URINAIRE ET DE L'INCONTINENCE ANALE

La stimulation des nerfs sacrés consiste à implanter un stimulateur programmable dans la région des nerfs sacrés pour tenter de traiter l'incontinence par miction impérieuse, la pollakiurie, la rétention urinaire et l'incontinence anale chez les patients qui n'ont pas réagi aux médicaments ou à la thérapie comportementale.

DONNÉES PROBANTES

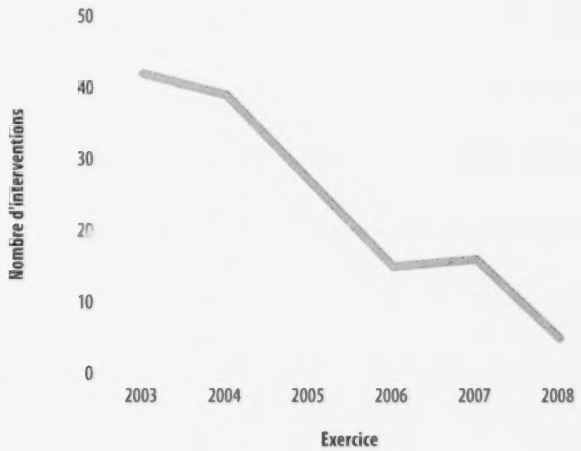
Un examen de la stimulation des nerfs sacrés effectué par le SSCM en 2004–2005 a révélé que cette technologie est efficace pour traiter les patients qui souffrent d'incontinence par miction impérieuse et permet des améliorations considérables dans les cas de rétention urinaire et d'incontinence anale. Un taux de révision chirurgicale de 33 % a été signalé dans trois essais comparatifs randomisés comparant la stimulation des nerfs sacrés chez des patients non traités souffrant d'incontinence par miction impérieuse, de pollakiurie ou de rétention urinaire. Les effets indésirables les plus couramment signalés étaient la douleur à l'endroit de l'implantation et le déplacement de l'électrode.

Malgré le taux élevé de révision chirurgicale, aucun préjudice permanent ni aucun décès n'a été signalé dans le cadre de ces études. En outre, les patients ont toujours dit qu'ils recommanderaient l'intervention à un ami ou à un membre de la famille.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Malgré l'amélioration des symptômes qu'offre la stimulation des nerfs sacrés, le nombre de dispositifs implantés en Ontario a diminué de façon constante au cours des 5 dernières années, chutant à seulement 5 interventions en 2008–2009.
- Les consultations menées auprès d'un expert clinique en Ontario permettent de penser que le manque de financement et la priorisation des interventions par les hôpitaux constituent les principales raisons du faible nombre de stimulations de ce genre dans la province.

TENDANCES PROVINCIALES : STIMULATION DES NERFS SACRÉS



Nota : En raison du faible nombre d'interventions, la diffusion de la stimulation des nerfs sacrés par RLISS n'est pas illustrée.

RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005)

À la suite d'un examen des données probantes présenté par le SSCM, le CCOTS a recommandé que :

- l'accès à la stimulation des nerfs sacrés soit amélioré pour les patients qui souffrent d'incontinence par miction impérieuse, de pollakiurie, de rétention urinaire et d'incontinence anale lorsque la thérapie comportementale et les médicaments se sont révélés infructueux;
- des lignes directrices relatives à la stimulation des nerfs sacrés soient élaborées par le Programme de soins fondés sur la recherche (PSFR). Le comité d'élaboration des lignes directrices devrait être formé d'urologues, de gastroentérologues et d'omnipraticiens.

CARTOGRAPHIE ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE PERFECTIONNÉE ET ABLATION PAR CATHÉTER POUR LE TRAITEMENT DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE

Les patients atteints de fibrillation auriculaire (rythme cardiaque irrégulier de l'oreillette) non maîtrisée par des médicaments sont des candidats potentiels à la destruction (ablation) minimalement effractive des voies électriques responsables de l'arythmie. Des systèmes non-fluoroscopiques perfectionnés de cartographie pour cathéter assistés par ordinateur ont été mis au point pour la détection et l'ablation des arythmies complexes; ils offrent un nouveau paradigme de traitement.

DONNÉES PROBANTES

Environ 0,8 % des Ontariennes et Ontariens âgés de 20 à 79 ans souffrent de fibrillation auriculaire entraînant un risque accru d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance cardiaque congestive chez les personnes qui en sont atteintes. On estime qu'entre 2 230 et 11 500 Ontariennes et Ontariens souffrant de fibrillation auriculaire réfractaire aux médicaments pourraient tirer avantage d'une ablation par cathéter, une solution de rechange moins effractive que l'ablation chirurgicale ouverte.

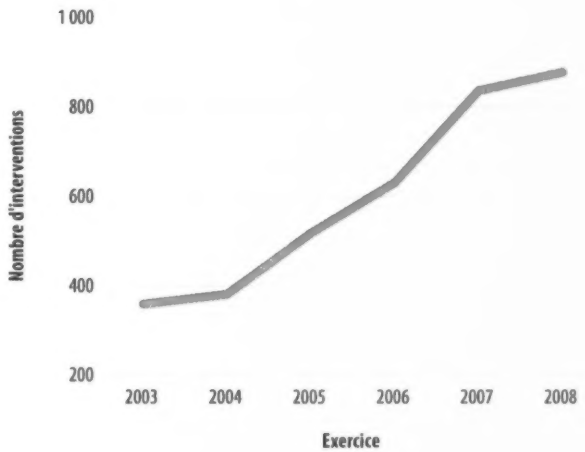
En 2005–2006, le SSCM a effectué un examen systématique de la documentation sur les systèmes perfectionnés de cartographie électrophysiologique et a constaté :

- que, d'après les résultats d'essais comparatifs randomisés, l'ablation par cathéter utilisant des systèmes perfectionnés de cartographie s'est avérée efficace pour traiter les patients souffrant de fibrillation auriculaire réfractaire aux médicaments;
- que les systèmes perfectionnés de cartographie non fluoroscopiques ont réduit les taux de radioexposition associés à cette intervention, qui peut durer jusqu'à 4 heures;
- que ces systèmes peuvent réduire le taux global d'échec de l'ablation de la fibrillation auriculaire;
- qu'il existe une courbe d'apprentissage abrupte liée à ces systèmes de cartographie et que la technique d'ablation par cathéter de la fibrillation auriculaire est toujours en évolution;
- qu'il semble en outre que différentes techniques d'ablation puissent être indiquées selon les caractéristiques du patient et de la fibrillation auriculaire.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Au cours des 5 dernières années, le nombre annuel d'interventions de cartographie électrophysiologique perfectionnée pratiquées dans la province a plus que doublé, passant de 380 en 2004–2005 à près de 900 en 2008–2009.
- À l'échelle provinciale, chaque RLISS a affiché une augmentation constante d'une année à l'autre du nombre d'interventions de cartographie pratiquées, les augmentations les plus importantes ayant eu lieu en 2005–2006 et 2006–2007.

TENDANCES PROVINCIALES : CARTOGRAPHIE ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE PERFECTIONNÉE ET ABLATION



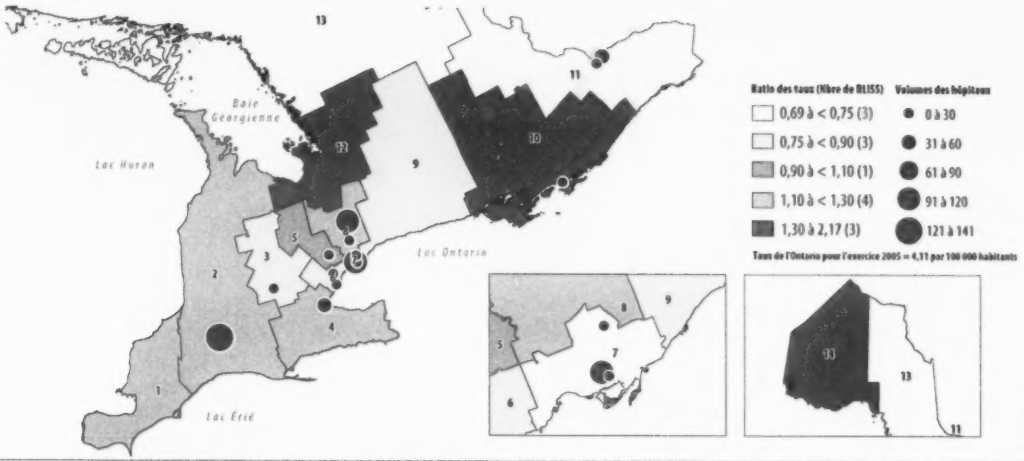
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2005–2006)

À la suite de l'examen de l'analyse du SSCM, le CCOTS a recommandé :

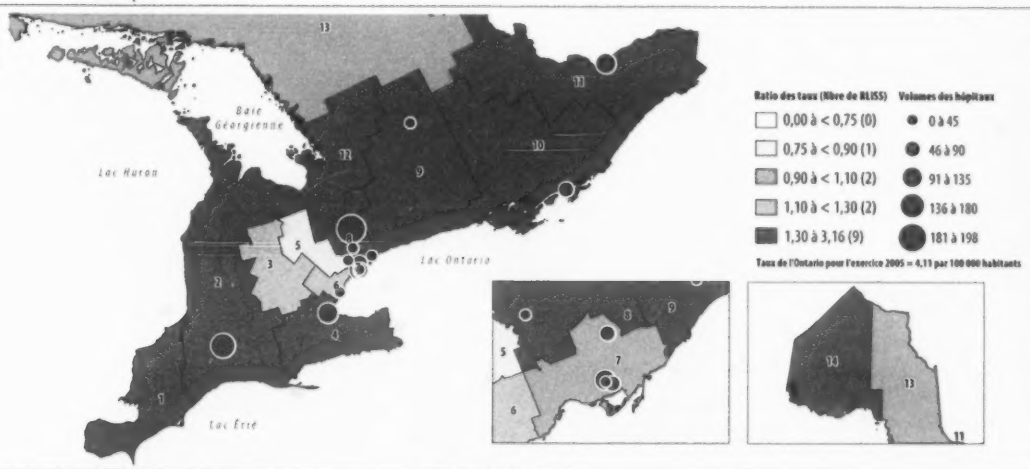
- d'utiliser la cartographie perfectionnée pour l'ablation d'arythmies complexes, particulièrement celles qui n'ont pas réagi aux médicaments;
- d'accroître l'accès à l'ablation par cartographie perfectionnée de sorte que les patients souffrant de fibrillation auriculaire réfractaire aux médicaments puissent être traités pendant 5 ans;
- de limiter l'ablation d'arythmies complexes au moyen de la cartographie perfectionnée aux centres de cardiologie et aux centres pédiatriques désignés qui ont l'expertise et le volume critique nécessaires.

RATIO DES TAUX DE CARTOGRAPHIE ÉLECTROPHYSIOLOGIQUE PERFECTIONNÉE ET D'ABLATIONS PAR CATHÉTER POUR LE TRAITEMENT DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE

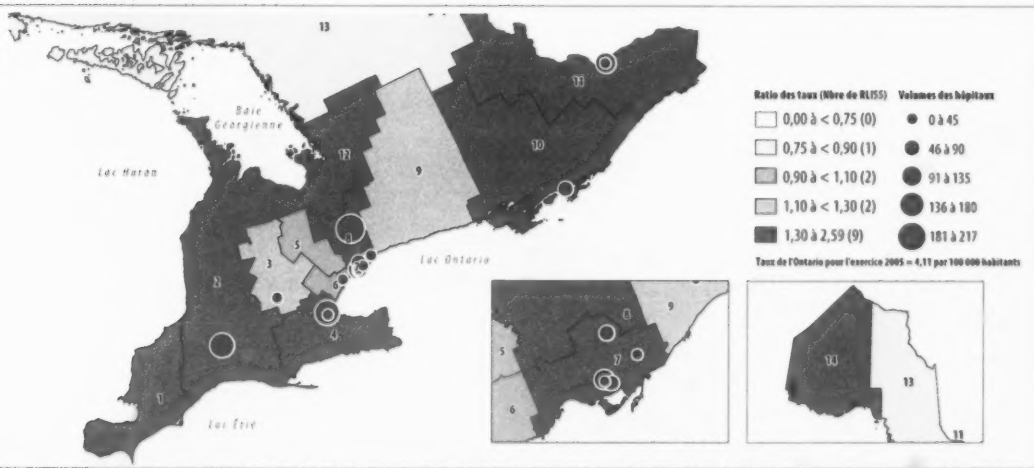
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

CHUTES ENTRAÎNANT DES FRACTURES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LA COLLECTIVITÉ (65 ANS ET PLUS)

On estime que, chaque année, environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la collectivité et 50 % de celles âgées de 85 ans et plus tomberont. Parmi ces personnes, de 12 à 42 % souffriront de blessures résultant d'une chute. On a démontré que le risque d'admission dans un foyer de soins de longue durée est au moins 5 fois plus élevé chez les personnes âgées qui sont tombées au moins deux fois sans se blesser et 10 fois plus élevé chez celles qui ont effectué une chute entraînant une blessure grave.

DONNÉES PROBANTES

À l'automne 2007–2008, le SSCM a entrepris sa méga-analyse sur le vieillissement dans la collectivité, un examen fondé sur des données probantes de la documentation relative au vieillissement en santé au sein de la collectivité. Par la suite, la Division de la stratégie du système de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a demandé au SSCM de préparer un ensemble d'éléments probants pour la stratégie Vieillir chez soi que le ministère venait de publier.

Le SSCM a cerné 4 éléments clés qui permettent de prévoir avec un degré élevé de probabilité la transition d'une personne âgée vivant de façon autonome dans la collectivité vers un foyer de soins de longue durée. Des analyses fondées sur des données probantes ont été préparées pour chacun de ces 4 facteurs : les chutes et les blessures qui en découlent, l'incontinence urinaire, la démence et l'isolement social.

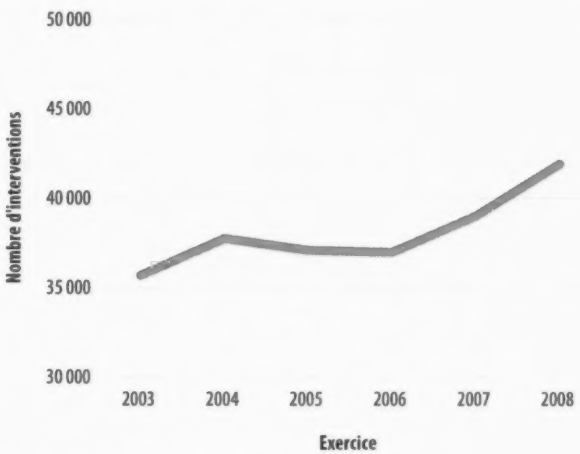
En étudiant l'examen du SSCM portant précisément sur les chutes entraînant des fractures, l'analyse a révélé :

- que les données probantes de première qualité indiquent que les programmes d'exercice à long terme à l'intention des personnes âgées valides et la modification du milieu de vie au domicile de celles qui sont fragiles réduisent efficacement le nombre de chutes chez les personnes âgées de l'Ontario;
- qu'il existe des données de qualité moyenne prouvant que les suppléments de vitamine D et de calcium sont efficaces pour contribuer à réduire la probabilité de chutes chez les femmes âgées;
- que l'utilisation de dispositifs extérieurs de stabilisation de la démarche pour les personnes âgées valides en Ontario réduirait le nombre de chutes;
- que, même si la suppression des médicaments psychotropes pouvait être une méthode efficace de réduction des chutes, les données probantes sont limitées et l'observance à long terme s'est avérée difficile à atteindre;
- que les interventions multifactorielles chez les populations à risque élevé peuvent être efficaces; cependant, l'effet n'est que marginal et les données probantes sont de piètre qualité.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Le taux de chutes entraînant des fractures chez les personnes âgées de la province est élevé.
- Comparativement à la moyenne ontarienne de 2008–2009, il semble qu'aucun RLISS n'affiche des taux de chutes beaucoup plus faibles ou plus élevés.

TENDANCES PROVINCIALES : CHUTES ENTRAÎNANT DES FRACTURES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES



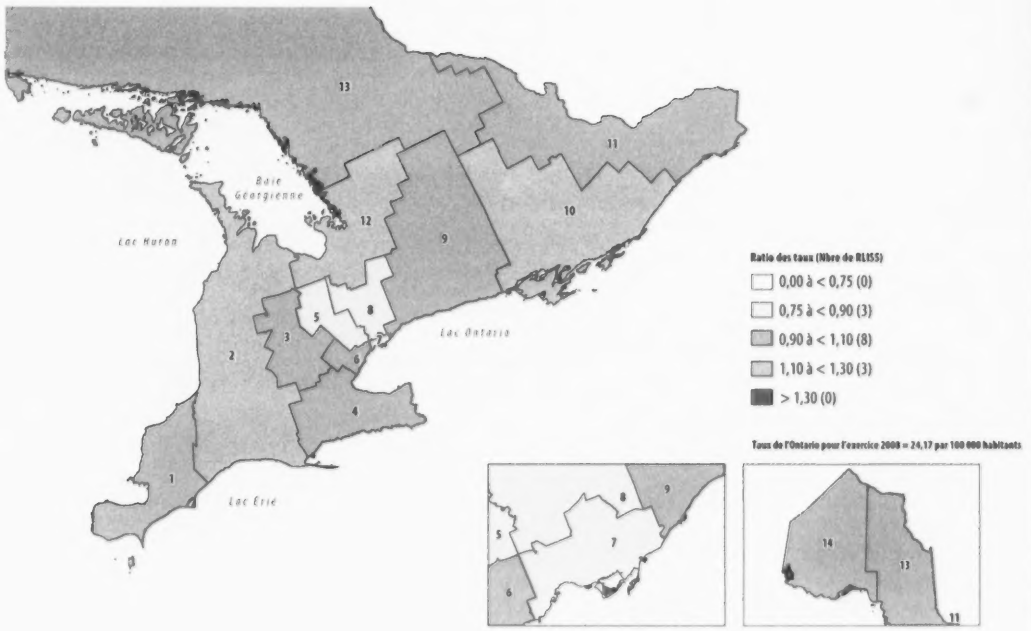
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2008–2009)

À la suite d'un examen des données probantes présenté par le SSCM, le CCOTS a recommandé :

- que la province entreprenne des activités de promotion de la santé très médiatisées en vue de favoriser l'exercice régulier chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité;
- qu'elle s'appuie sur les stratégies existantes et qu'elle adopte de nouvelles stratégies innovatrices pour promouvoir la facilité d'accès aux programmes d'exercice à l'intention des personnes âgées qui vivent dans la collectivité;
- que les interventions suivantes soient accessibles ou qu'on en fasse la promotion auprès des personnes âgées qui vivent dans la collectivité :
  - modifications du milieu de vie des populations à risque élevé;
  - suppléments de vitamine D et de calcium pour les femmes;
  - utilisation de dispositifs extérieurs de stabilisation de la démarche pour les personnes âgées valides.

RATIO DES TAUX DE CHUTES ENTRAÎNANT DES FRACTURES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LA COLLECTIVITÉ

2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2008–2009

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair	1
Sud-Ouest	2
Waterloo Wellington	3
Hamilton Niagara Haldimand Brant	4
Centre-Ouest	5
Mississauga Halton	6
Centre-Toronto	7
Centre	8
Centre-Est	9
Sud-Est	10
Champlain	11
Simcoe Nord Muskoka	12
Nord-Est	13
Nord-Ouest	14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

BANDELETTES SOUS-URÉTRALES POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) est une perte involontaire d'urine qui peut survenir pendant une activité physique telle que la toux, les éternuements, les rires ou l'exercice. Des traitements conservateurs sont accessibles, mais s'ils échouent, on peut recourir à des options chirurgicales, notamment les bandelettes sous-urétrales qui, au moyen d'une technique minimalement effractive, sont placées sous l'urètre afin de fournir soutien et compression. L'option chirurgicale la plus effractive est la colposuspension, qui nécessite une hospitalisation.

DONNÉES PROBANTES

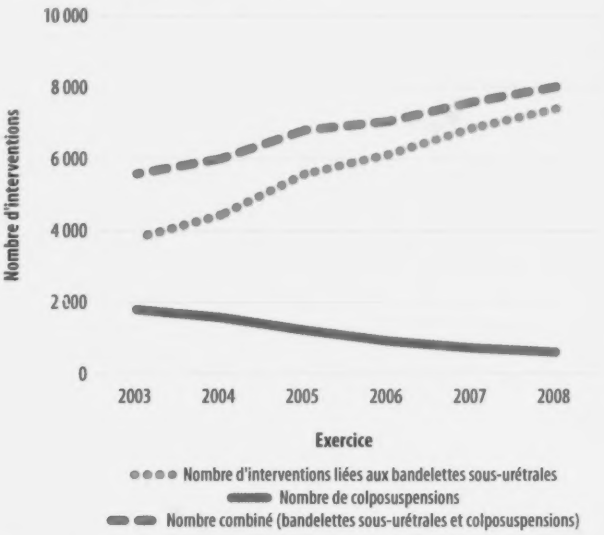
Les examens du SSCM effectués en 2003–2004 et 2005–2006 ont révélé :

- que les bandelettes sous-urétrales sont aussi efficaces que la colposuspension ouverte et plus efficaces que la colposuspension par laparoscopie;
- que les bandelettes sous-urétrales sont moins effractives que la colposuspension et qu'elles prennent moins de temps à insérer durant l'intervention;
- qu'en s'appuyant sur les résultats des essais comparatifs randomisés, il ne semble pas y avoir de type de bandelettes sous-urétrales qui soit supérieur à un autre sur le plan de l'efficacité pour les patients ou les hôpitaux, telle que la durée de l'intervention et du séjour. Toutefois, compte tenu de la portée limitée des études, l'efficacité comparative des dispositifs est incertaine;
- que le taux de problèmes liés aux dispositifs varie d'environ 1 à 6 % selon les types de bandelettes.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Au cours des 5 dernières années, le nombre annuel d'interventions liées aux bandelettes sous-urétrales pratiquées en Ontario a presque doublé, passant d'environ 3 800 en 2003–2004 à plus de 7 400 en 2008–2009.
- Au cours de la même période, le nombre de colposuspensions a diminué régulièrement, passant d'environ 1 800 à un peu plus de 600.
- Le nombre combiné d'interventions liées aux bandelettes sous-urétrales et de colposuspensions a augmenté partout en Ontario, s'élevant à plus de 8 000 en 2008–2009.
- Un seul RLISS continue de pratiquer un nombre relativement élevé de colposuspensions.
- En février 2010, Santé Canada a publié un avis relatif aux taux de complications liées aux bandelettes sous-urétrales. En Ontario, on a constaté à cet égard un taux de complications de 1,4 %, qui comprend le retrait et la prise en charge des bandelettes.

TENDANCES PROVINCIALES :
BANDELETTES SOUS-URÉTRALES POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT



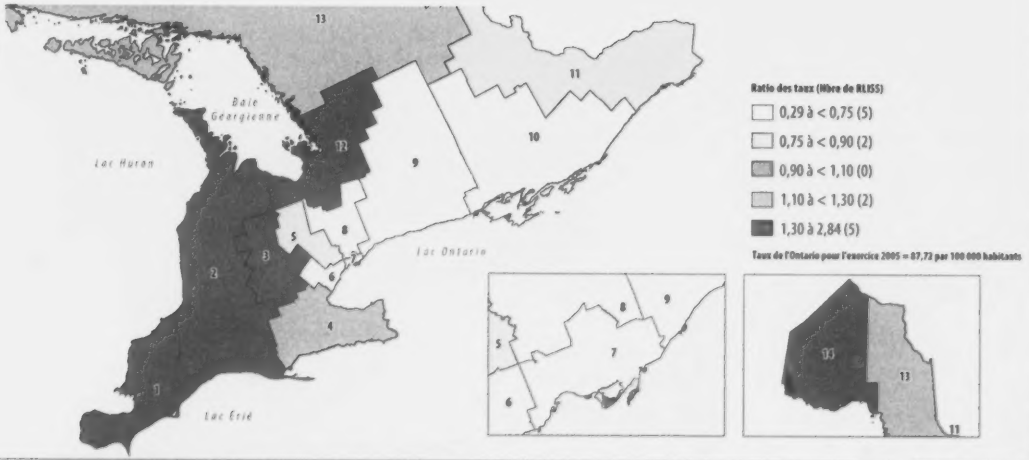
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2003–2004 ET 2005–2006)

Compte tenu des résultats de l'analyse du SSCM, le CCOTS a recommandé :

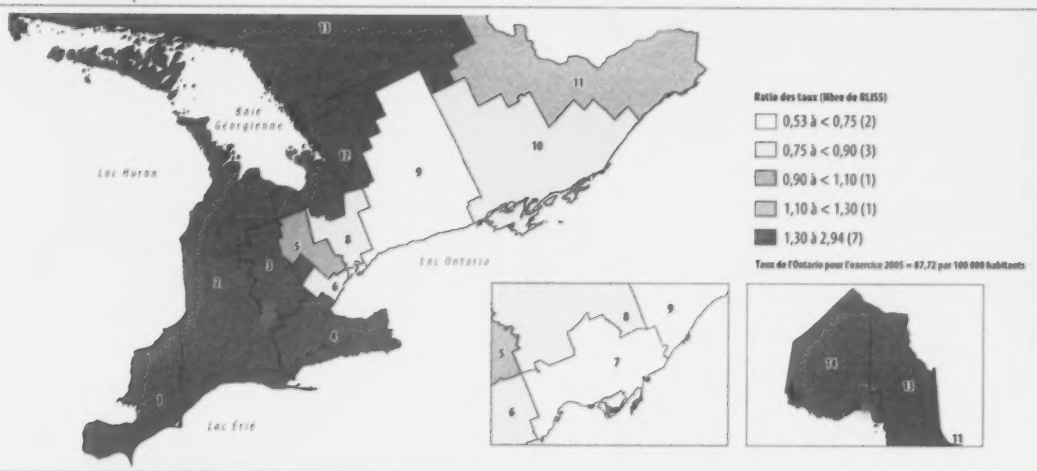
- d'accroître l'accès aux bandelettes sous-urétrales par l'adoption d'un code d'honoraires approprié pour l'Assurance-santé de l'Ontario;
- de créer des codes CCI particuliers de manière à pouvoir suivre, à l'aide des bases de données administratives, les bandelettes sous-urétrales mises en place par voie rétropubienne et transobturatrice, afin d'évaluer l'évolution des taux de complications;
- d'élaborer des lignes directrices relatives à l'intervention et au choix des patients ainsi qu'un programme de formation continue à l'intention des chirurgiens pour la mise en œuvre efficace de l'intervention.

RATIO DES TAUX DE BANDELETTES SOUS-URÉTRALES POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

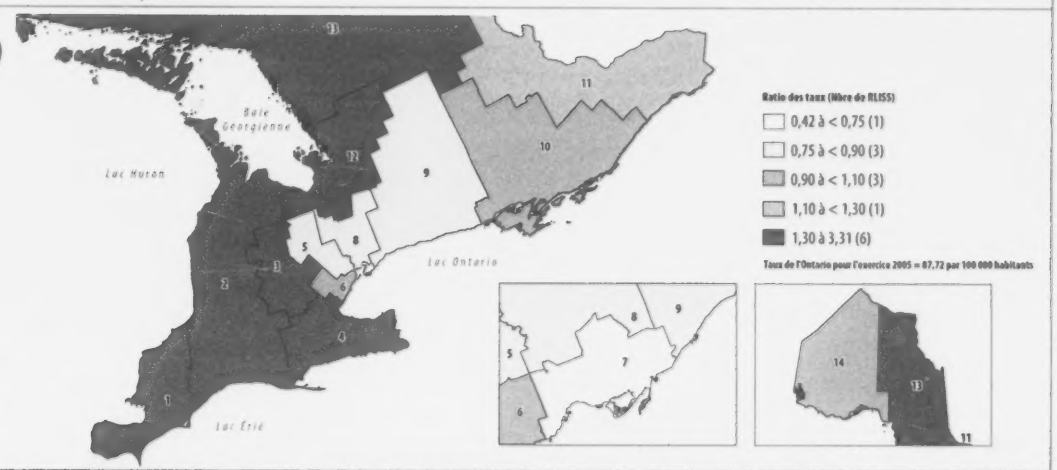
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

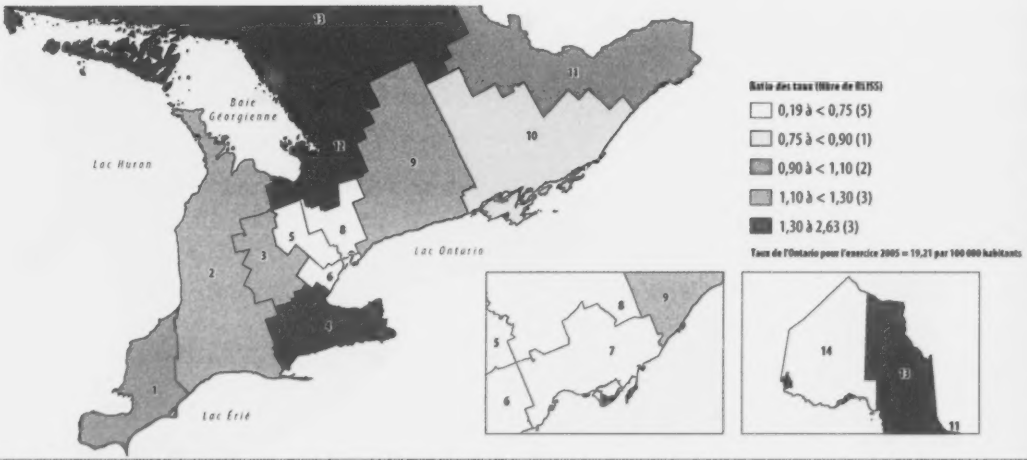
RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

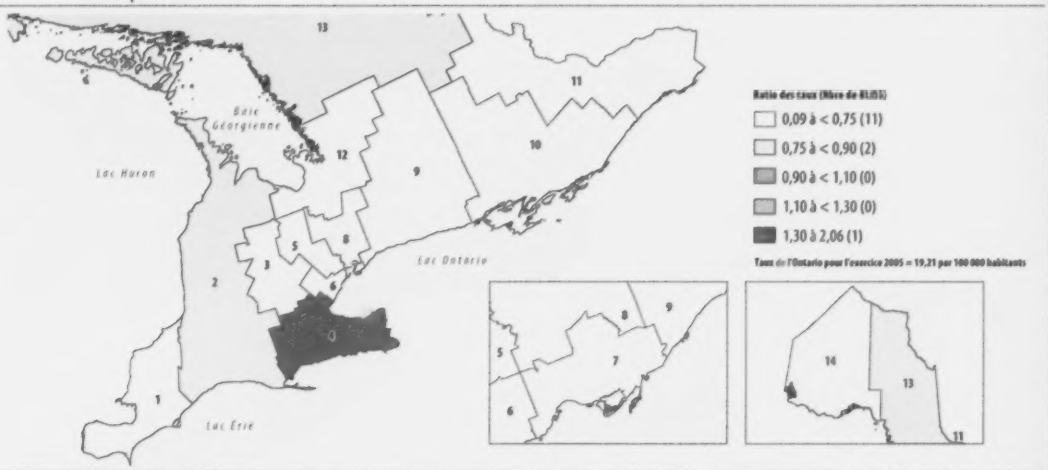
Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE COLPOSUSPENSIONS POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT

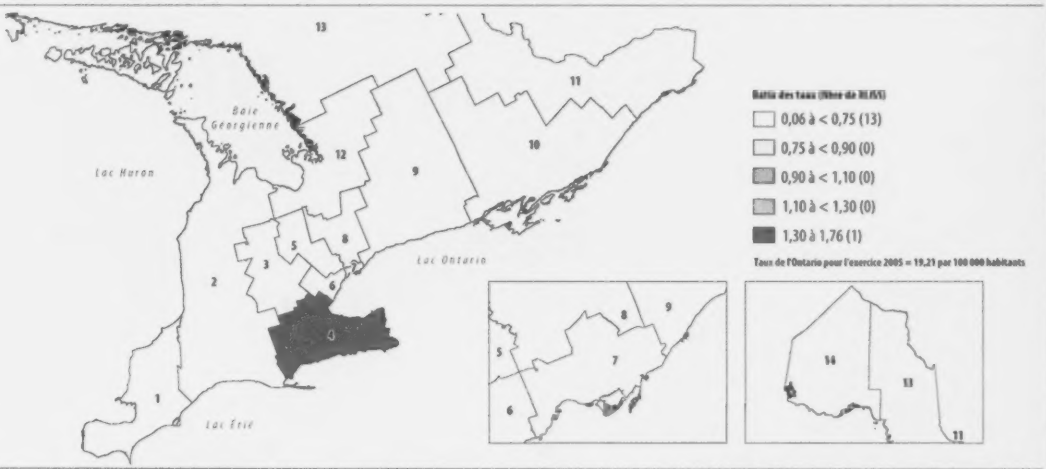
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

DISQUES ARTIFICIELS DE REMPLACEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE LOMBAIRE ET CERVICALE

La discopathie dégénérative (DD), qui est une affection courante chez les personnes âgées de plus de 40 ans, est la détérioration des disques intervertébraux de la colonne vertébrale. Des disques artificiels sont utilisés pour le remplacement des disques dégénérés de la colonne cervicale ou lombaire des patients qui n'ont pas réagi aux traitements non chirurgicaux pendant au moins 6 mois.

DONNÉES PROBANTES

On estime qu'environ 5 % des patients qui requièrent une chirurgie pour traiter la DD auront besoin de disques artificiels de remplacement. Contrairement à la spondylodèse, les disques artificiels de remplacement permettent à la colonne vertébrale de continuer de bouger, ce qui, croit-on, prévient la dégénérescence des segments adjacents. En outre, les disques artificiels de remplacement ne nécessitent pas de greffes osseuses, éliminant ainsi les complications connexes, soit la douleur dans la zone de prélèvement du greffon osseux et la pseudarthrose.

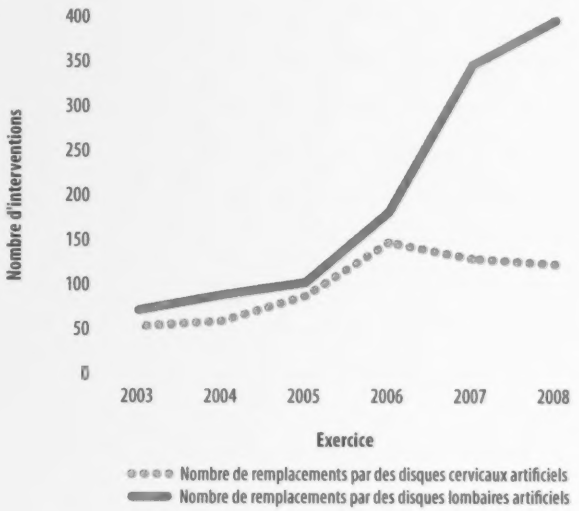
Un examen systématique des données probantes publiées effectué en 2006–2007 par le SSCM a permis de conclure :

- que l'efficacité des disques lombaires artificiels de remplacement n'est pas inférieure à celle de la spondylodèse pour le traitement de la DD lombaire. Les taux d'échec des disques et de complications neurologiques 2 ans après l'opération étaient les mêmes pour les deux interventions. Les analyses statistiques ont démontré que le remplacement par des disques artificiels est de 79 % supérieur à la spondylodèse des vertèbres lombaires;
- que le taux de complications graves à la suite d'un remplacement par des disques lombaires artificiels se situe entre 0 et 13 % par disque implanté;
- qu'en raison de la quantité limitée de données dont on dispose dans ce domaine, l'efficacité des disques artificiels cervicaux de remplacement par rapport à la spondylodèse ne pouvait être déterminée, bien que le taux de complications graves 2 ans après l'opération se situait entre 0 et 8,1 % par disque implanté.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Conformément aux recommandations du CCOTS, les taux d'utilisation de disques artificiels de remplacement pour le traitement de la DD lombaire ont augmenté, alors que les taux relatifs au traitement de la DD cervicale ont légèrement diminué.
- Depuis 2006–2007, les taux d'utilisation de disques artificiels de remplacement pour le traitement de la DD lombaire ont augmenté dans la plupart des RLISS.

TENDANCES PROVINCIALES :
DISQUES ARTIFICIELS DE REMPLACEMENT POUR LE TRAITEMENT DE LA DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE LOMBAIRE ET CERVICALE



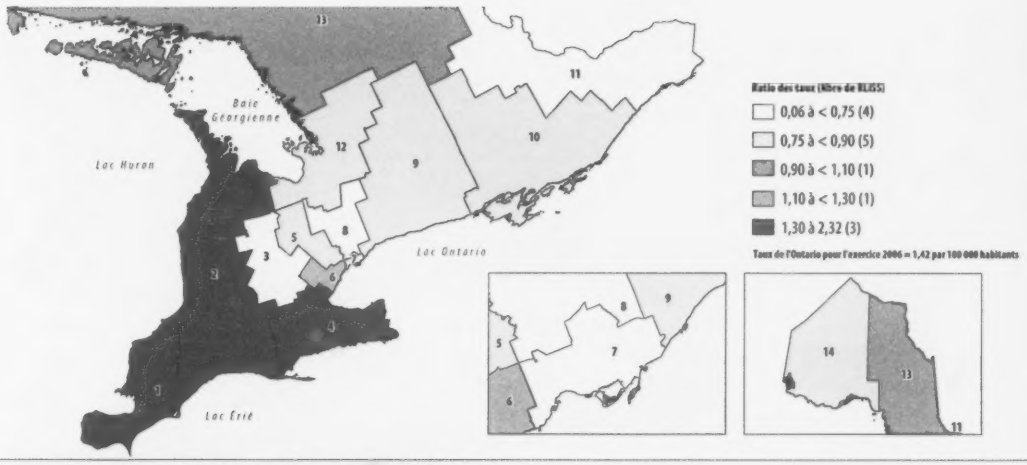
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2006–2007)

Après avoir examiné l'analyse du SSCM, le CCOTS a recommandé :

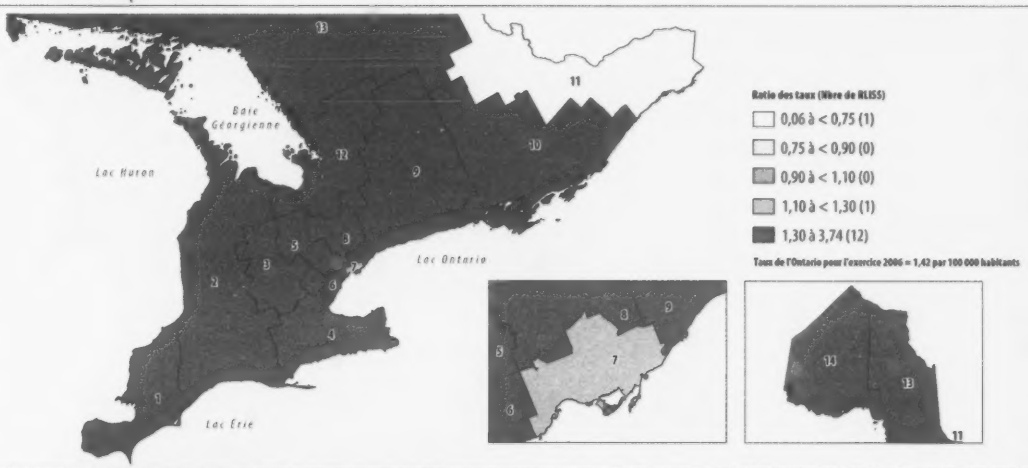
- que l'adoption de l'utilisation de disques lombaires artificiels de remplacement en fonction de critères d'admissibilité bien précis soit déterminée par un comité d'experts ontariens en se servant des critères énoncés dans l'analyse du SSCM comme point de départ;
- qu'en raison de données encore insuffisantes sur les complications graves 2 ans après le traitement, un registre de patients soit créé afin d'assurer le suivi des complications à long terme liées aux disques lombaires artificiels de remplacement;
- qu'en raison de l'incertitude entourant les avantages, les risques et les fardeaux liés aux disques cervicaux artificiels de remplacement, cette technologie ne soit pas utilisée à ce moment-ci en lieu et place des normes actuelles de traitement de la DD cervicale (p. ex., spondylodèse).

RATIO DES TAUX DE REMPLACEMENT PAR DES DISQUES ARTIFICIELS POUR LE TRAITEMENT DE LA DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE LOMBAIRE

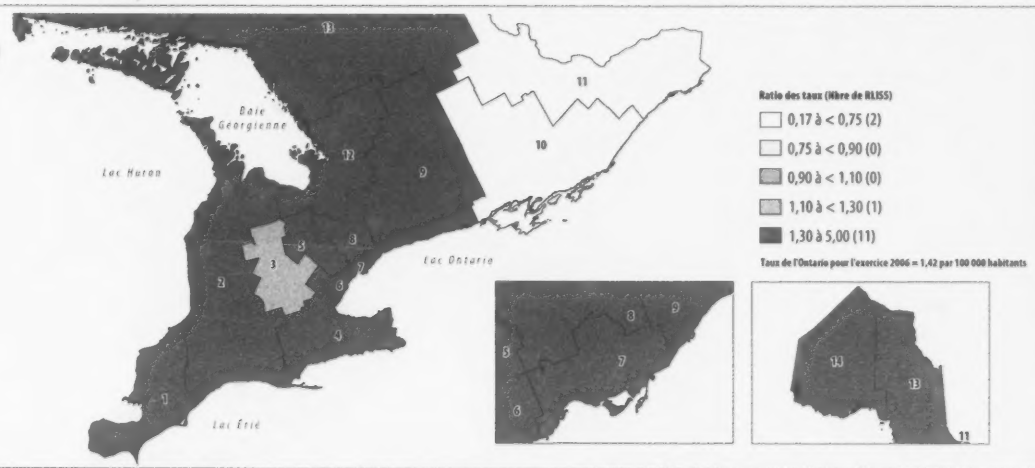
2006–2007



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2006–2007

RLISS de l'Ontario

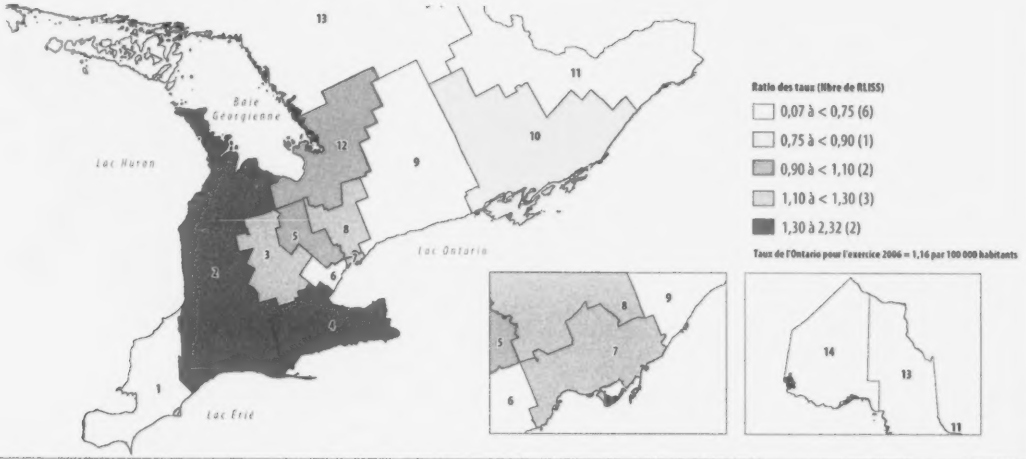
Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :

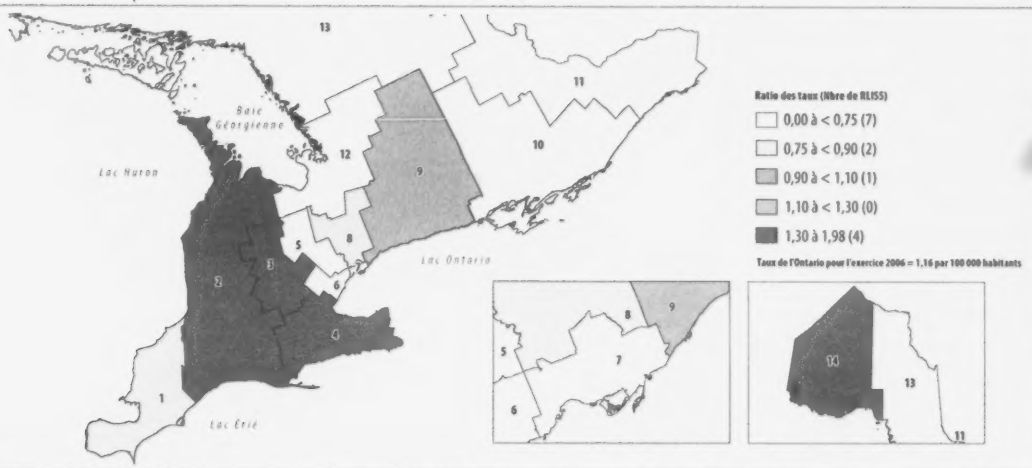
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE REMPLACEMENT PAR DES DISQUES ARTIFICIELS POUR LE TRAITEMENT DE LA DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE CERVICALE

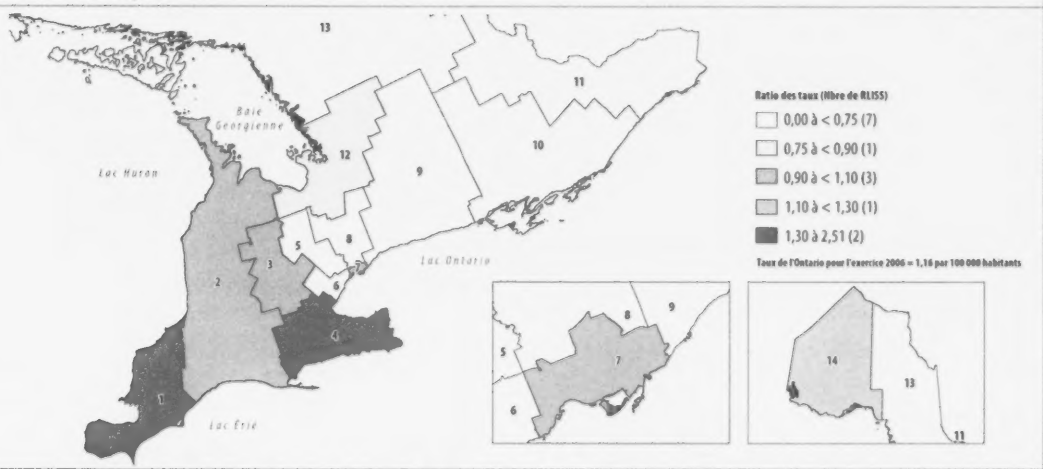
2006–2007



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2006–2007

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RÉPARATION ENDOVASCULAIRE DES ANÉVRISMES DE L'AORTE ABDOMINALE

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est un élargissement et un affaiblissement de l'aorte abdominale (principale artère sanguine) qui peut entraîner un AVC et la mort, cette dernière étant habituellement attribuable à une rupture soudaine. La réparation endovasculaire, qui vise à exclure l'anévrisme et à l'empêcher de fuir ou de se rompre, est une solution de rechange moins effractive que la chirurgie ouverte pour le traitement de l'AAA au cours de laquelle des greffons sont mis en place à l'endroit de l'anévrisme au moyen d'un cathéter inséré dans l'artère fémorale.

DONNÉES PROBANTES

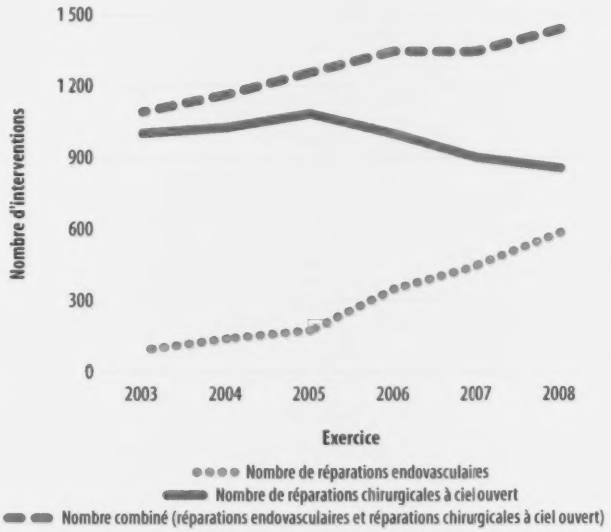
En 2005–2006, le CCOTS a recommandé d'accroître l'accès à la réparation endovasculaire dans le cas des patients souffrant d'un AAA qui présentent un risque élevé de complications chirurgicales et de mortalité. Cette décision se fondait sur une analyse basée sur des données probantes réalisée précédemment par le SSCM et suivie d'une évaluation sur le terrain menée par le Programs for Assessment of Technology in Health (PATH) Research Institute de l'Université McMaster dans le but d'éliminer les incertitudes au sujet de la fuite des greffons. À l'époque, le CCOTS n'a pas recommandé la réparation endovasculaire pour les patients qui présentaient un risque chirurgical faible et modéré en raison de l'insuffisance de données probantes à long terme.

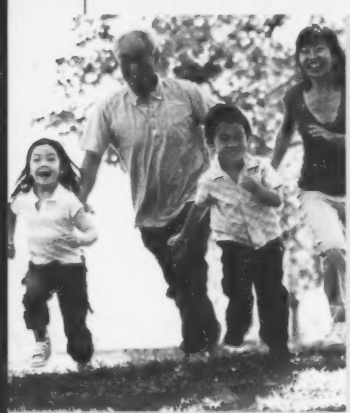
En 2009–2010, le SSCM a effectué une mise à jour des données probantes sur la réparation endovasculaire afin d'examiner toute nouvelle donnée sur la sécurité et la rentabilité de cette intervention chez les patients présentant un faible risque chirurgical. Cet examen a relevé des taux globaux de complications et de nouvelles interventions semblables chez les groupes à l'étude ayant subi une réparation endovasculaire et une réparation chirurgicale à ciel ouvert. Cependant, la réparation endovasculaire n'était pas rentable chez les patients qui présentaient un faible risque chirurgical.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Depuis 2005–2006, le recours à la réparation endovasculaire a augmenté dans l'ensemble de l'Ontario étant donné que de plus en plus de centres pratiquent un nombre croissant de ces interventions.
- Le nombre global de réparations chirurgicales à ciel ouvert a diminué à l'échelle provinciale, à l'exception d'un RLISS qui maintient un volume relativement élevé de ce genre d'intervention.
- Le nombre de réparations chirurgicales à ciel ouvert devrait se stabiliser à l'avenir étant donné que cette intervention demeure la méthode recommandée pour la réparation d'AAA chez les patients qui présentent un faible risque chirurgical.

TENDANCES PROVINCIALES : RÉPARATION ENDOVASCULAIRE DES ANÉVRISMES





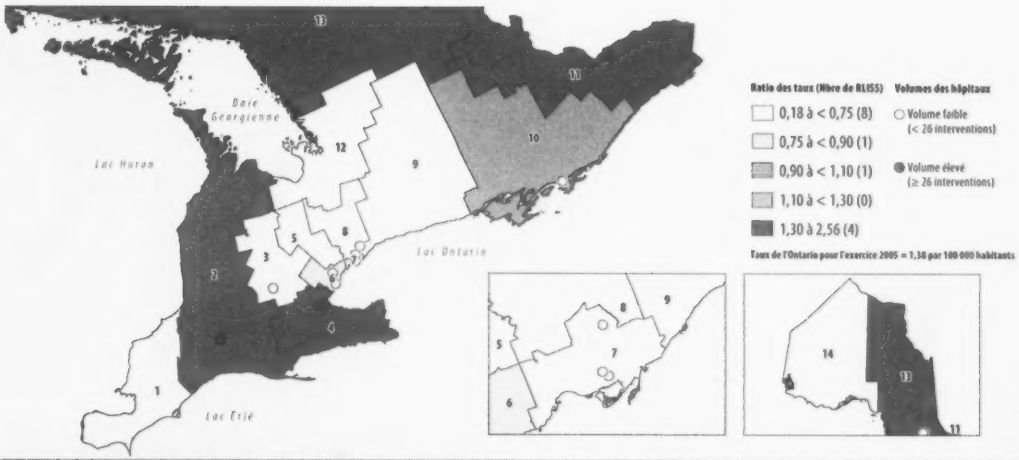
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2005–2006 ET 2009–2010)

À la suite d'un examen des analyses de 2005–2006 et de 2009–2010 du SSCM, le CCOTS a recommandé que :

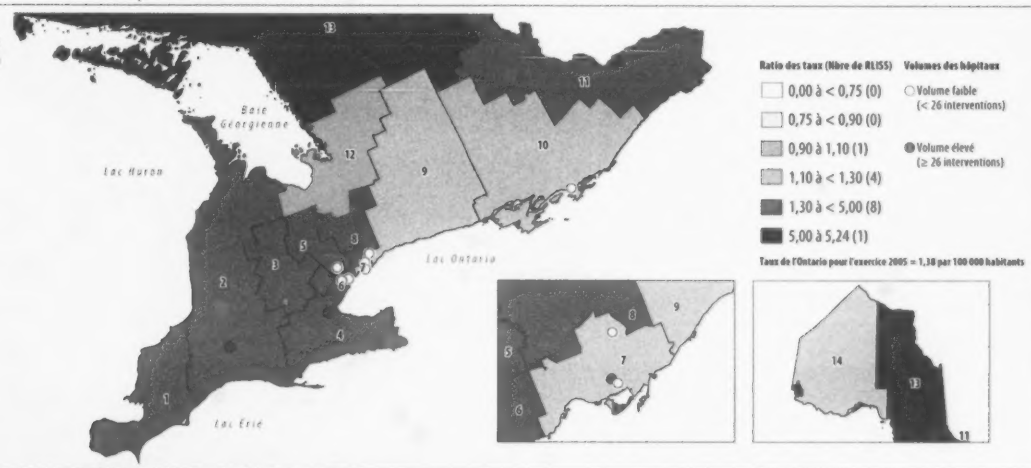
- les hôpitaux ayant l'expertise requise accroissent l'accès à la réparation endovasculaire pour le traitement des AAA chez les patients qui présentent un risque élevé de morbidité périopératoire ou de mortalité découlant de comorbidités attribuables à la réparation chirurgicale à ciel ouvert;
- puisque la réparation endovasculaire chez les patients qui présentent un faible risque opératoire relativement à la réparation chirurgicale à ciel ouvert n'est pas rentable et ne présente aucun avantage global sur le plan des taux de survie ou de complications, cette intervention ne peut pas être appuyée du point de vue du système de santé pour cette population de patients;
- compte tenu des données démontrant que certains patients présentant un faible risque chirurgical préfèrent la réparation endovasculaire à la réparation chirurgicale à ciel ouvert, cette option doit être étudiée par chaque établissement qui pratique la réparation des AAA en se fondant sur les discussions avec les chirurgiens vasculaires, le nombre de patients en cause et la disponibilité des ressources. Le CCOTS recommande qu'une aide à la décision reposant sur l'analyse fondée sur des données probantes du SSCM soit élaborée à l'échelle provinciale pour orienter ces discussions.

RATIO DES TAUX DE RÉPARATIONS ENDOVASCULAIRES DES ANÉVRISMES DE L'AORTE ABDOMINALE

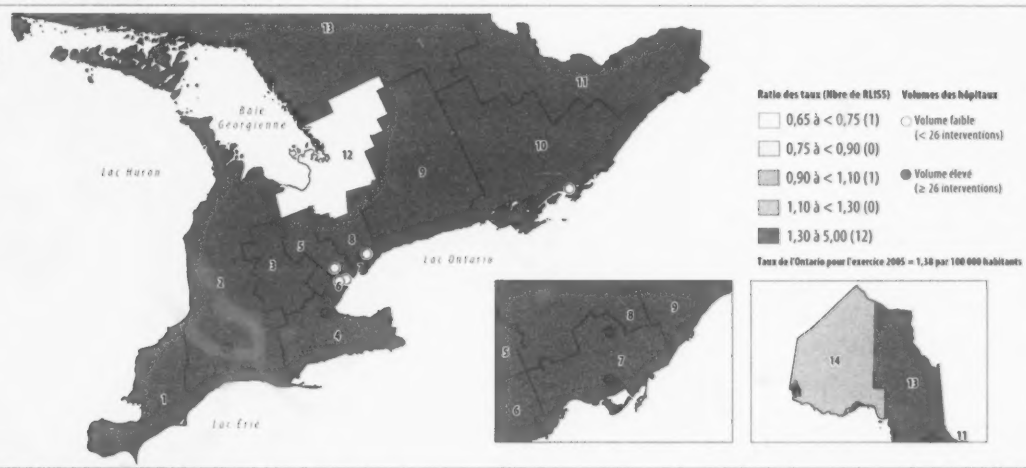
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

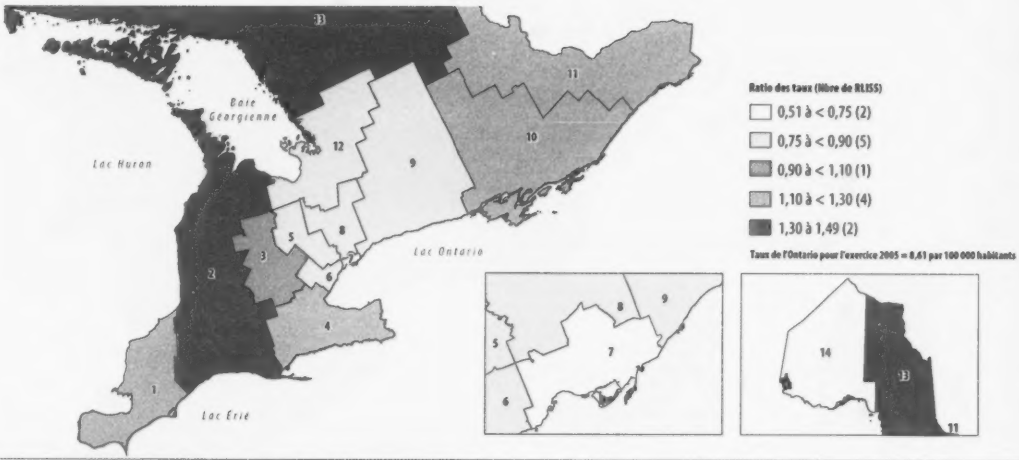
Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

Remarque :

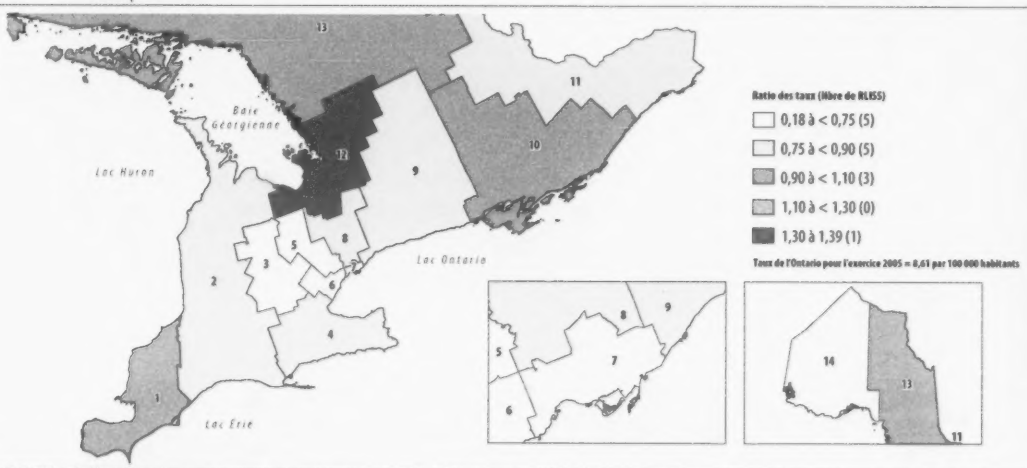
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX DE RÉPARATIONS CHIRURGICALES À CIEL OUVERT DES ANÉVRISMES DE L'AORTE ABDOMINALE

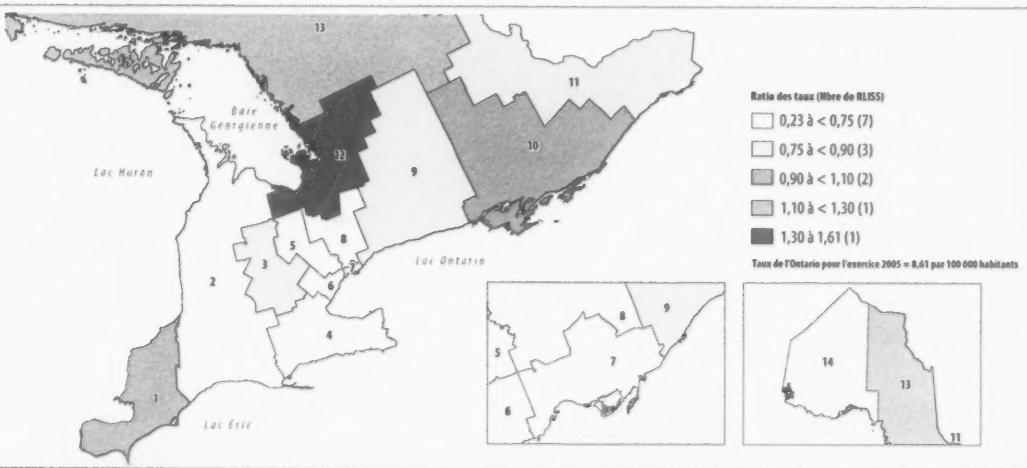
2005–2006



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2005–2006

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

ABLATION DE L'ENDOMÈTRE PAR BALLONNET THERMIQUE POUR LE TRAITEMENT DE LA MÉNOMÉTRORRAGIE

La ménométrorragie est un saignement utérin anormal sans cause médicale sous-jacente. Le traitement le plus effractif est l'hystérectomie à laquelle sont associées de nombreuses complications, dont l'incontinence, les infections, la douleur pelvienne et les problèmes sexuels. L'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique offre une solution de rechange moins effractive que l'hystérectomie et consiste en l'insertion dans l'utérus d'un ballonnet rempli d'un liquide chaud afin de retirer (pratiquer l'ablation de) l'endomètre. L'avantage de cette intervention est qu'elle peut aussi être effectuée aux soins ambulatoires.

DONNÉES PROBANTES

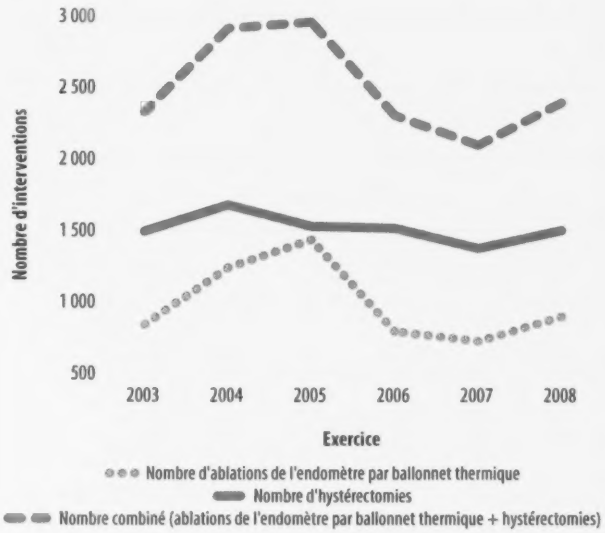
L'examen systématique fondé sur des données probantes de la deuxième génération de techniques d'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique que le SSCM a achevé en 2004–2005 a révélé que :

- la deuxième génération de techniques d'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique est une technologie efficace, sûre et rentable qui offre aux patientes souffrant de ménométrorragie une méthode de traitement améliorée qui comporte des taux de complications plus faibles que les technologies de remplacement;
- malgré tout, l'hystérectomie demeure encore la seule intervention qui garantit la maîtrise totale de la ménométrorragie.

PRINCIPALES OBSERVATIONS

- Depuis 2003–2004, le nombre annuel d'hystérectomies effectuées pour le traitement de la ménométrorragie en Ontario est demeuré relativement constant, soit environ 1 500 par année. Cela est principalement attribuable à quelques RLISS qui en pratiquent un nombre élevé.
- En 2006–2007, le nombre d'ablations de l'endomètre par ballonnet thermique a chuté rapidement, passant de plus de 1 400 en 2005–2006 à moins de 800. Depuis lors, le nombre annuel a légèrement augmenté, pour se situer à environ 900 en 2008–2009.
- Il existe de nombreux traitements de remplacement pour la ménométrorragie et la diminution du nombre d'ablations de l'endomètre par ballonnet thermique pourrait être signe d'une adoption accrue de ces solutions de rechange étant donné que les préférences des patients demeurent un facteur important dans le choix du traitement.

TENDANCES PROVINCIALES :
ABLATION DE L'ENDOMÈTRE PAR BALLONNET THERMIQUE POUR LE TRAITEMENT DE LA MÉNOMÉTRORRAGIE



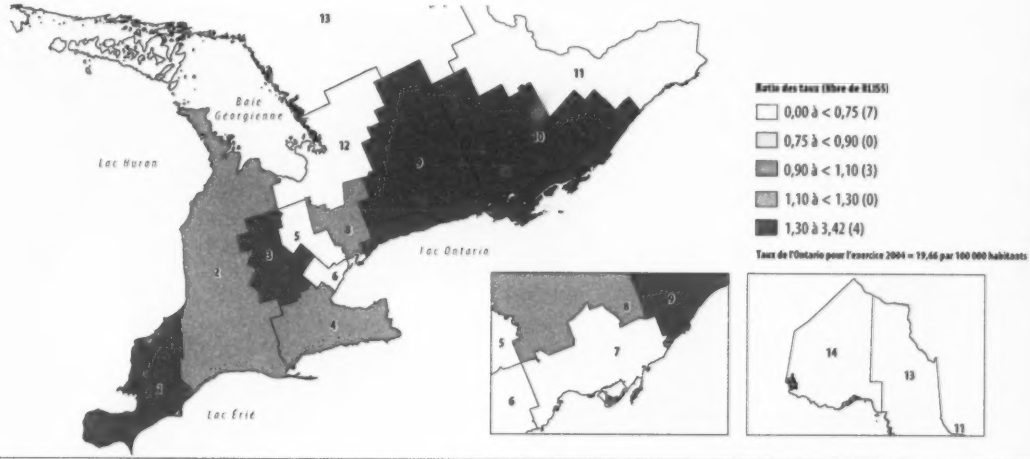
RECOMMANDATIONS DU CCOTS (2004–2005)

À la suite d'un examen des données probantes présenté par le SSCM, le CCOTS a recommandé :

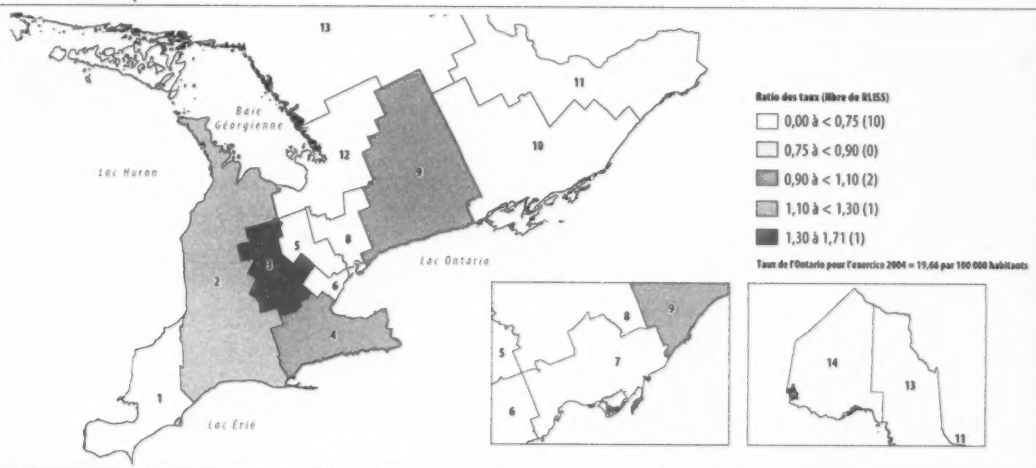
- l'utilisation de l'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique pour traiter les patientes souffrant de ménométrorragie;
- que les solutions de remplacement aux ablations de l'endomètre par ballonnet thermique pratiquées seulement dans les hôpitaux fassent l'objet d'études.

RATIO DES TAUX D'ABLATIONS DE L'ENDOMÈTRE PAR BALLONNET THERMIQUE POUR LE TRAITEMENT DE LA MÉNOMÉTRORRAGIE

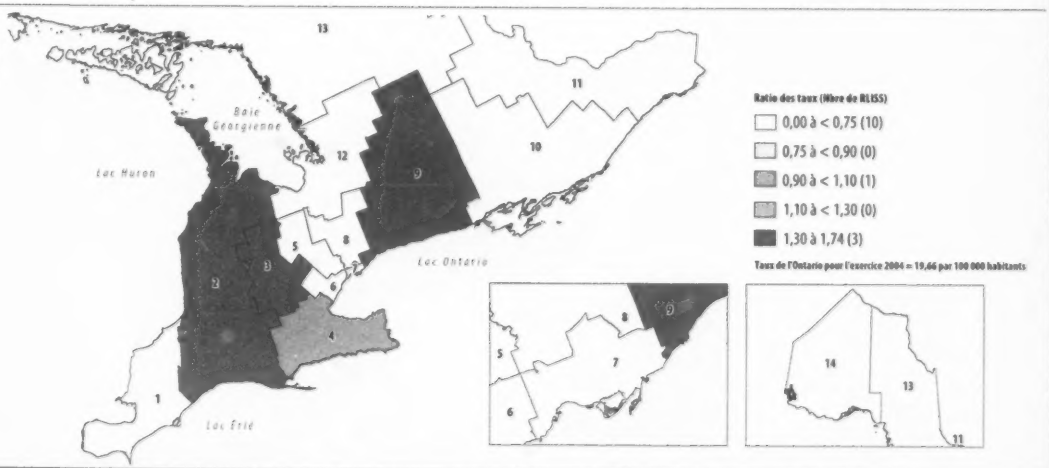
2004–2005



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

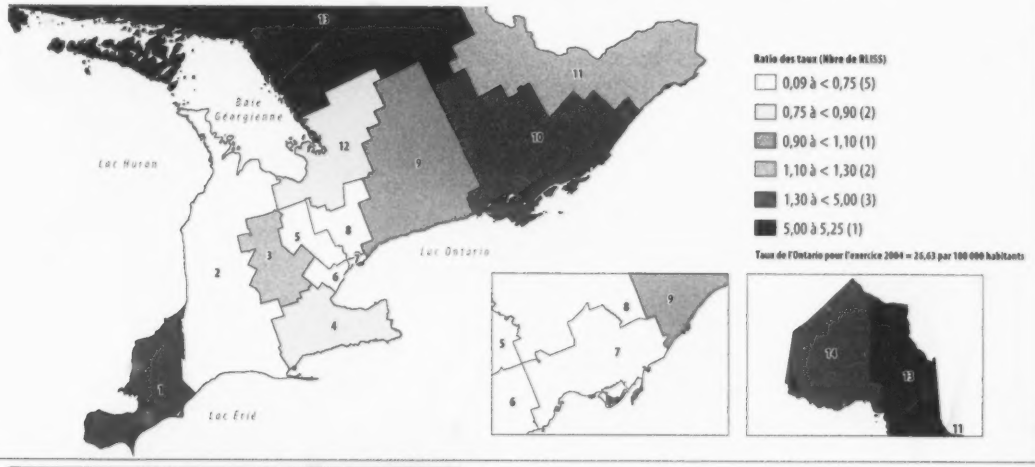
RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1
Sud-Ouest 2
Waterloo Wellington 3
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4
Centre-Ouest 5
Mississauga Halton 6
Centre-Toronto 7
Centre 8
Centre-Est 9
Sud-Est 10
Champlain 11
Simcoe Nord Muskoka 12
Nord-Est 13
Nord-Ouest 14

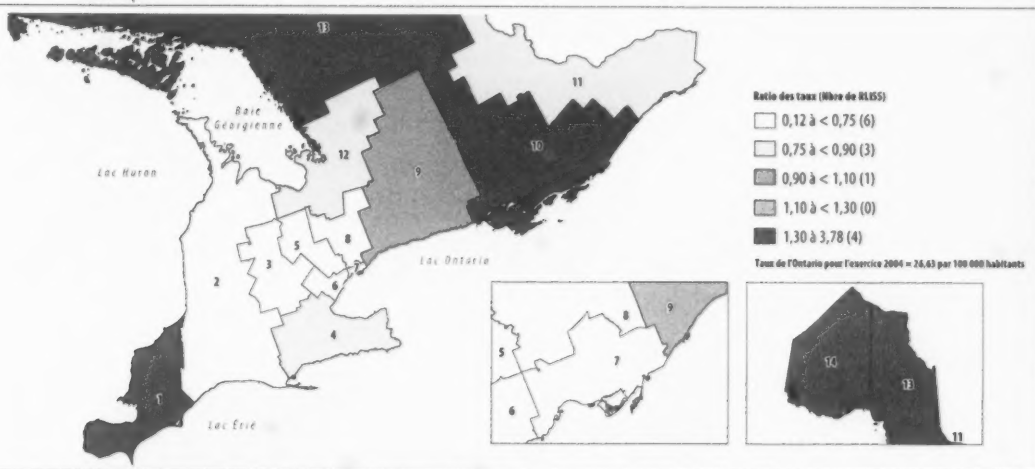
Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

RATIO DES TAUX D'HYSTÉRECTOMIES POUR LE TRAITEMENT DE LA MÉNOMÉTRORRAGIE

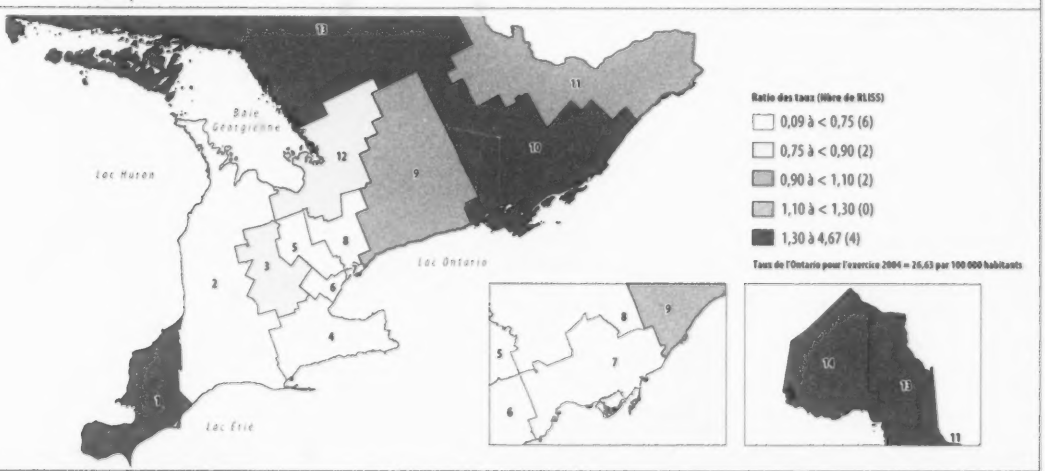
2004–2005



2007–2008



2008–2009



Ratio des taux par RLISS comparé à la moyenne de l'Ontario de 2004–2005

RLISS de l'Ontario

Érié St-Clair 1	Centre 8
Sud-Ouest 2	Centre-Est 9
Waterloo Wellington 3	Sud-Est 10
Hamilton Niagara Haldimand Brant 4	Champlain 11
Centre-Ouest 5	Simcoe Nord Muskoka 12
Mississauga Halton 6	Nord-Est 13
Centre-Toronto 7	Nord-Ouest 14

Remarque :
Les résultats du ratio des taux de cette analyse nous renseignent sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné, quelle que soit la région où ils ont reçu leur traitement. Les ratios des taux sont affichés sur la carte par plages (p. ex., 0,00 à < 0,75); alors, si un ratio change, seuls les changements qui franchissent un seuil sont affichés sur les cartes.

PROJET DE SUIVI DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ : MÉTHODOLOGIE

MODIFICATIONS IMPORTANTES APPORTÉES AU RAPPORT DE CETTE ANNÉE

La méthodologie générale du Projet de suivi de l'utilisation des technologies de la santé de 2009 est semblable à celle qui a été utilisée dans le Projet de suivi des technologies de la santé mentionné dans le rapport annuel de 2003–2008 du CCOTS. Voici certains principaux changements :

1. **L'analyse de cette année comprend quatre nouvelles technologies évaluées par le CCOTS :**
   a. l'ablation par radiofréquence pour le traitement du cancer du foie;
   b. les disques artificiels de remplacement pour le traitement de la discopathie dégénérative cervicale et lombaire;
   c. les chutes entraînant des fractures chez les personnes âgées vivant dans la collectivité (65 ans et plus);
      - L'analyse de 2008 du SSCM portant sur le vieillissement dans la collectivité a examiné les technologies qui peuvent être utilisées pour prévenir les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Bien qu'il ne soit pas possible d'assurer le suivi de la diffusion des technologies particulières qui ont fait l'objet d'un examen (p. ex., exercice, vitamine D), le nombre de chutes entraînant des fractures dans ce groupe d'âge a fait l'objet d'un suivi.

   d. la chirurgie bariatrique pour traiter les obèses morbides souffrant de diabète.
      - L'analyse de 2009–2010 du SSCM portant sur le diabète a examiné la chirurgie bariatrique comme possibilité de traitement des adultes obèses morbides souffrant de diabète. La chirurgie bariatrique chez ces patients a été ajoutée au suivi existant de la diffusion de ce type de chirurgie en Ontario.
2. La diffusion de certaines technologies a augmenté considérablement depuis l'année durant laquelle le CCOTS a formulé les recommandations correspondantes. Afin de permettre de déterminer ces modifications, une couleur supplémentaire a été ajoutée aux cartes dans les cas où le ratio des taux d'un RLISS dépasse 5,00.
3. Bien que le cerclage par laparoscopie ne présente pas les mêmes risques de morbidité et de mortalité que le pontage gastrique lorsqu'il est pratiqué par des chirurgiens moins chevronnés, nous avons inclus les cerclages par laparoscopie saisis sous le code 1.NF.78.EJ dans le nombre d'interventions pratiquées par les hôpitaux étant donné que les codes CCI de 2006 pour la chirurgie bariatrique n'établissent pas de différence claire entre les diverses interventions. L'exclusion des interventions saisies sous le code 1.NF.78.EJ pourrait autrement exclure de façon inappropriée certains pontages gastriques.
4. Les analyses des tendances temporelles se sont limitées aux exercices 2003–2004 à 2008–2009 parce que les modifications apportées aux banques de données du ministère ont rendu difficile l'accès à la « base de données sur les interventions d'un jour » qui contenait les données de 2002–2003 sur ces interventions (comprises dans la base de données du SNISA après 2002–2003) nécessaires pour certaines de nos analyses.

En raison des changements apportés aux banques de données du ministère, les données incluses dans le Projet de suivi de l'utilisation des technologies de la santé de 2009 tiennent compte d'une nouvelle analyse des données des exercices 2003–2004 à 2008–2009 pour toutes les technologies, même celles qui ont fait l'objet du rapport de l'année dernière. Il est possible qu'il y ait certaines différences dans les données présentées sur les cartes et dans les graphiques du présent rapport par rapport à celles qui l'ont été dans le rapport d'étape de 2008 du CCOTS. Le rapport actuel doit être considéré comme la représentation la plus exacte des données.

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE DU PROJET DE SUIVI DE L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Comme l'indique le tableau 1, les données ont été extraites de diverses bases de données. La diffusion de chaque technologie pouvait alors être présentée de trois façons possibles :

1. par tendance temporelle,
2. par RLISS,
3. par nombre d'interventions pratiquées par les hôpitaux.

TABLEAU 1 : BASES DE DONNÉES UTILISÉES POUR LES ANALYSES

BASE DE DONNÉES	EXERCICES	SOURCE	DESCRIPTION ET UTILISATION DANS LES ANALYSES
Estimation de la population par RLISS	2003–2004 à 2008–2009	MSSLD de l'Ontario, base de données provinciale pour la planification des services de santé	L'estimation de la population comprenant des variables démographiques telles que l'âge, le sexe et le RLISS de résidence a été utilisée pour obtenir les dénominateurs servant à calculer les taux et la répartition normalisée de la population de l'Ontario de 2006.
Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	2003–2004 à 2008–2009	Système national d'information sur les soins ambulatoires, MSSLD de l'Ontario, base de données provinciale pour la planification des services de santé	Cette base de données contient les dossiers des personnes qui ont eu recours aux services de soins ambulatoires (services des urgences, interventions d'un jour depuis 2003 et cliniques) des hôpitaux ontariens et comprend des données démographiques, administratives et cliniques. Ces données ont été utilisées pour obtenir les numérateurs servant à calculer les taux*.
Dossiers du Programme des services de santé hors pays	2003–2004 à 2008–2009	MSSLD de l'Ontario, Programme des services de santé hors pays, services de fournisseurs	Cette base de données contient des dossiers renfermant des renseignements démographiques sur les patients qui ont reçu un remboursement à l'égard des interventions subies à l'extérieur du pays. Ces données ont été utilisées pour obtenir les numérateurs servant à calculer les taux de chirurgies bariatriques pratiquées à l'extérieur du pays.
Base de données sur les congés des patients (BDCP) : congés des patients hospitalisés	2003–2004 à 2008–2009	Congés des patients hospitalisés, MSSLD de l'Ontario, base de données provinciale pour la planification des services de santé	Cette base de données contient les dossiers de chaque patient qui a obtenu son congé d'un hôpital (soins actifs en milieu hospitalier, soins chroniques, soins de réadaptation) en Ontario et comprend des données démographiques, administratives et cliniques. Ces données ont été utilisées pour obtenir les numérateurs servant à calculer les taux*.

*Base de données utilisée pour obtenir les numérateurs servant à calculer les taux de toutes les technologies, à l'exception des chirurgies bariatriques pratiquées à l'extérieur du pays.

1. TENDANCES TEMPORELLES

Le nombre provincial d'interventions pour chaque technologie a été présenté sous forme graphique pour les exercices 2003–2004 à 2008–2009. Lorsqu'une technologie évaluée par le CCOTS comporte une option de rechange principale (p. ex., l'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique et l'hystérectomie), le nombre total d'interventions pour les deux solutions a été présenté dans le graphique.

2. DIFFUSION D'UNE TECHNOLOGIE PAR RLISS

i. Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

En avril 2007, la prestation de services de soins de santé en Ontario a été répartie entre 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Ces derniers sont des sociétés sans but lucratif qui œuvrent de concert avec les fournisseurs de soins de santé locaux et des membres de la collectivité afin de déterminer les priorités de la région en matière de services de santé. Bien qu'un RLISS ne fournisse pas directement de services, il est responsable de l'intégration des services dans sa région géographique. Les limites des RLISS tiennent compte des régions locales où les personnes cherchent naturellement à obtenir des soins de santé. Ces limites ont été fixées par le MSSLD de l'Ontario en collaboration avec l'Institut de recherche en services de santé (IRSS). On peut trouver en ligne une description détaillée de la méthodologie utilisée pour fixer les limites des RLISS à l'adresse www.health.gov.on.ca/transformation/ lhin/100604/lhin_bul_1_100604.html.

ii. Analyse de secteurs restreints par RLISS

La diffusion par RLISS d'une technologie évaluée par le CCOTS a été étudiée au moyen d'une analyse de secteurs restreints, une méthode d'analyse de l'utilisation des soins de santé dans de petites régions géographiques ou démographiques. L'analyse de secteurs restreints met l'accent sur l'utilisation des soins de santé par une population donnée plutôt qu'en fonction de l'emplacement physique d'une ressource de soins de santé. Les résultats de cette analyse nous renseignent donc sur le taux d'interventions qu'ont subies les patients desservis par un RLISS donné plutôt que sur celui des interventions pratiquées par les hôpitaux de ce RLISS. Par conséquent, un RLISS dans lequel se trouve un hôpital pratiquant un nombre élevé d'interventions pourrait afficher un faible taux dans cette analyse si peu de patients desservis par ce RLISS ont subi l'intervention dans la région.

TAUX

Le numérateur d'un taux correspondait à toutes les personnes satisfaisant aux critères d'admissibilité qui ont subi l'intervention en question au cours d'un exercice donné selon les codes de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) et, le cas échéant, la version canadienne de la 10e révision des codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10-CA), comme l'indique le tableau 2.

Le dénominateur d'un taux correspondait généralement à la population d'un RLISS d'une année donnée. Cependant, en ce qui concerne les bandelettes sous-urétrales et l'ablation de l'endomètre par ballonnet thermique, les analyses se sont limitées aux femmes seulement. L'analyse portant sur la stimulation des nerfs sacrés s'est limitée aux personnes âgées de 18 ans et plus et celle sur les chutes entraînant des fractures, aux personnes âgées de 65 ans et plus.

Les taux ont été rajustés selon la répartition par âge et par sexe de la population de l'Ontario de 2006, comme nous le décrivons ci-dessous. Le taux d'interventions pratiquées dans les RLISS pour chaque catégorie d'âge par sexe a été calculé et appliqué à la population de l'Ontario afin de déterminer le nombre prévu d'interventions pratiquées dans le RLISS (c.-à-d. le nombre d'interventions qui seraient effectuées dans le RLISS si la répartition de sa population était la même que celle de l'Ontario). Ce rajustement fait en sorte que les différences observées sur le plan de l'utilisation ne sont pas simplement attribuables à la répartition de la population (p. ex., population âgée) entre les régions.

TABLEAU 2 : DÉTAILS DE L'ANALYSE DES DONNÉES

TECHNOLOGIE	CODES D'INTERVENTION	RESTRICTIONS
Ablation par radiofréquence pour le traitement du cancer du foie	1.0A.59.DA-AW, 1.0A.59.LA-AW, 1.0A.59.HA-A †	CIM-10-CA : C22.0, C22.9†
Chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité morbide	1.NF.78.EJ, 1.NF.78.SH, 1.NF.78.SJ, 1.NF.78.XP	Code de la CIM-10-CA : E66*
Stimulation cérébrale profonde pour le traitement des troubles du mouvement	1.AE.53.SE-JA, 1.AE.53.SZ-JA	Codes de la CIM-10-CA : G20, G25.0, G25.1, G35, G24.0, G24.1, G24.2, G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G24.9, G80.0 à G80.9
Lavage arthroscopique pour le traitement de l'arthrose	2.VG.70.DA	Codes de la CIM-10-CA : M15 à M19
Stimulation de la moelle épinière pour le soulagement de la douleur neuropathique	1AX53^, 1YY84^, 3AW92^, 1AX54^	Codes de la CIM-10-CA : B02.2, B54.9, E10.4, E10.6, E11.4, E11.6, G54^, G55^, G56.4, G62.9, G57.0, M79.2, M79.6, M54.1, M50.1, M51.1, M54.4, R52.1, R52.2, R52.9, T85.1, T85.5, T85.7, T85.9, G97.0, G97.1, G63.0, G63.2, M14.6, M89.0
Embolisation par spirale pour le traitement des anévrismes intracrâniens	Embolisation par spirale : 1.JW.51.GP-GE Cisaillements : 1.JW.51.SZ-FF	Codes de la CIM-10-CA : I60.1,I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.4, I61.5, I67.1
Stimulation des nerfs sacrés pour le traitement de l'incontinence par miction impérieuse, de la pollakiurie, de la rétention urinaire et de l'incontinence anale	1.BX.09.HA-DV, 1.BX.53.LA-DV	Codes de la CIM-10-CA : R32, N39.4, R33, R10.2, R39.13, R15 et personnes âgées de 18 ans et plus
Cartographie électrophysiologique perfectionnée et ablation par cathéter pour le traitement de la fibrillation auriculaire	2.HZ.24.GP-KL, 2.HZ.24.GP-KM	Code de la CIM-10-CA : I48.0

*Une deuxième analyse a été effectuée afin de déterminer le nombre de chirurgies bariatriques qui ont été pratiquées en Ontario chez des personnes souffrant de diabète. Cette analyse a en outre été limitée au moyen des codes de la CIM-10-CA relatifs au diabète : E11, E13 et E14. Les données sont incluses pour les exercices 2007–2008 et 2008–2009 uniquement parce que la codification du diabète n'est devenue obligatoire qu'en 2006.

† Dans certains hôpitaux ontariens, l'ablation par radiofréquence pour le traitement du carcinome hépatocellulaire primitif est pratiquée dans les unités d'imagerie médicale de jour, qui ne sont pas tenues de déclarer ces données dans les bases de données administratives de l'ICIS. Par conséquent, les totaux provinciaux ont été obtenus au moyen des bases de données administratives de l'ICIS ainsi que directement auprès de certains hôpitaux qui pratiquent ces interventions dans les unités d'imagerie médicale de jour. Étant donné que ces hôpitaux n'étaient en mesure de fournir des données que pour les exercices les plus récents, les résultats relatifs à cette technologie se limitent aux exercices 2006–2007 à 2008–2009 seulement.

TABLEAU 2 : DÉTAILS DE L'ANALYSE DES DONNÉES (SUITE)

TECHNOLOGIE	CODES D'INTERVENTION	RESTRICTIONS
Chutes entraînant des fractures	Aucun code de la CCI n'a été précisé.	Codes de la CIM-10-CA A) Chutes : W00, W01, W03, W04, W0500, W0501, W0502, W0503, W0508, W0509, W06, W07, W08, W09, W10, W11, W12, W13, W14, W15, W17, W18, W19 B) Fractures : S02^, S12^, S22^, S32^, S42^, S52^, S62^, S72^, S82^, S92^, T02^, T08^, T10^, T142^ Personnes âgées de 65 ans et plus
Bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort	Bandelettes sous-urétrales : 1.PI.74.AF-FF, 1.PI.74-AF.XX-N, 1.PI.74.AI-FF, 1.PI.74.AI.XX-N, 1.PI.74.JA.XX-N Colposuspension : 1.PI.74.JA; 1.PI.74.JA-NW, 1.PI.74.PK, 1.PI.74.PK-NW	Femmes
Disques artificiels de remplacement pour le traitement de la discopathie dégénérative lombaire et cervicale	1.SE.53^ Code d'état excluant R (révision) Attribut de la zone (code L) : CX et LB (cervicale et lombaire, respectivement)	Codes de la CIM-10-CA : aucune restriction
Réparation endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale	Réparation endovasculaire : 1.KA.80.GQ-NRN Chirurgie ouverte : 1.KA.80.LA, 1.KA.80.LA-XX-A, 1.KA.80.LA-XX-K, 1.KA.80.LA-XX-N, I.KA.80.LA-XX-Q	Codes de la CIM-10-CA : I71.3, I71.4 et hospitalisations
Ablation de l'endomètre par ballonnet thermique pour le traitement de la ménométrorragie	Ablation de l'endomètre par ballonnet thermique : 1.RM.59.BA-BD Hystérectomie a) Hystérectomie totale : 1.RM.89.AA, 1.RM.89.CA, 1.RM.89.DA, 1.RM.89.LA, 1.RM.91.CA, 1.RM.91.LA b) Hystérectomie subtotale : 1.RM.87.BA-AG + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87BA-AK + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87BA-GX + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87CA-AE + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87CA-AF + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87CA-AK + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87CA-GX + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87DA-AG + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87DA-AK + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87DA-GX + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87LA-AK + code d'attribut d'étendue = SU 1.RM.87LA-GX + code d'attribut d'étendue = SU	Ablation de l'endomètre par ballonnet thermique : femmes Hystérectomie : code de la CIM-10-CA : N938 et femmes

*Une deuxième analyse a été effectuée afin de déterminer le nombre de chirurgies bariatriques qui ont été pratiquées en Ontario chez des personnes souffrant de diabète. Cette analyse a en outre été limitée au moyen des codes de la CIM-10-CA relatifs au diabète : E11, E13 et E14. Les données sont incluses pour les exercices 2007–2008 et 2008–2009 uniquement parce que la codification du diabète n'est devenue obligatoire qu'en 2006.

† Dans certains hôpitaux ontariens, l'ablation par radiofréquence pour le traitement du carcinome hépatocellulaire primitif est pratiquée dans les unités d'imagerie médicale de jour, qui ne sont pas tenues de déclarer ces données dans les bases de données administratives de l'ICIS. Par conséquent, les totaux provinciaux ont été obtenus au moyen des bases de données administratives de l'ICIS ainsi que directement auprès de certains hôpitaux qui pratiquent ces interventions dans les unités d'imagerie médicale de jour. Étant donné que ces hôpitaux n'étaient en mesure de fournir des données que pour les exercices les plus récents, les résultats relatifs à cette technologie se limitent aux exercices 2006–2007 à 2008–2009 seulement.

REMARQUES :

a. Dans l'ensemble des analyses, les interventions auxquelles on a attribué le code CCI « abandon » (« A ») ou les codes RLISS « RLISS non précisé » ou « à l'extérieur de la province » (« XX » et « YY » respectivement) ont été exclues.

b. Certaines interventions peuvent être utilisées pour d'autres indications qui ne sont pas prises en compte par les codes de diagnostic de la CIM-10 utilisés dans cette analyse. Les codes de la CIM-10 ont été sélectionnés selon les indications mentionnées dans les examens correspondants du Secrétariat des services consultatifs médicaux. D'autres indications peuvent avoir été exclues de l'examen pour diverses raisons, notamment des données probantes insuffisantes, le fait de ne pas être pratiquée au moment de l'examen ou le fait de ne pas faire partie de la portée de l'examen.

CARTES

Des cartes thématiques ont été utilisées pour illustrer le taux de diffusion des technologies dans chaque RLISS et permettre d'établir des comparaisons visuelles. Chaque carte compare le ratio des taux normalisés des RLISS à la moyenne provinciale de l'année durant laquelle le CCOTS a initialement formulé la recommandation.

Trois cartes sont fournies afin de permettre d'établir des comparaisons entre les RLISS au fil du temps, soit une carte des ratios des taux par RLISS de l'année de la recommandation du CCOTS (année de référence), une carte des ratios des taux par RLISS de l'exercice 2007–2008 et une carte des ratios des taux par RLISS de l'exercice 2008–2009. Il convient de noter que le dénominateur du ratio des taux (la moyenne provinciale de l'année durant laquelle le CCOTS a formulé la recommandation) est le même dans chaque carte. Cependant, le numérateur varie chaque année étant donné qu'il tient compte du taux normalisé d'interventions dans une année donnée.

NOTES RELATIVES À LA MÉTHODE

a. En raison du très petit nombre de stimulations des nerfs sacrés pratiquées (< 10 par RLISS), seul le total annuel provincial est présenté.

b. Un grand nombre de patients ayant subi une chirurgie bariatrique bénéficie de ce traitement dans le cadre du Programme des services de santé hors pays. L'analyse de cette intervention a donc été divisée en trois segments : taux d'interventions pratiquées dans la province, taux d'interventions pratiquées à l'extérieur du pays et taux combinés (dans la province et à l'extérieur du pays).

c. Le nombre d'interventions pratiquées dans les établissements privés ne peut faire l'objet d'un suivi et n'est compris dans les analyses d'aucune technologie ou intervention. Par conséquent, les taux indiqués peuvent sous-estimer les taux réels si un nombre élevé de patients reçoit des services dans ces établissements. Cela a été spécifiquement considéré comme une limite éventuelle de l'analyse des chirurgies bariatriques en Ontario.

d. Puisque certaines données sur l'ablation par radiofréquence du cancer primitif du foie ont été obtenues directement auprès des hôpitaux, seul le total annuel provincial est présenté.

3. NOMBRE D'INTERVENTIONS PRATIQUÉES PAR LES HÔPITAUX

Dans le cas de certaines technologies, l'expérience des chirurgiens est essentielle au maintien des compétences relatives à l'intervention ou pour minimiser les probabilités de complications chirurgicales. Pour ces technologies, le nombre d'interventions pratiquées par les hôpitaux est en outre indiqué sur les cartes respectives. Si un nombre critique précis d'interventions (nombre minimal d'interventions qu'un chirurgien doit pratiquer afin de maintenir ses compétences ou réduire les complications chirurgicales) a été déterminé durant l'examen de la documentation par le SSCM, les hôpitaux ont été classés comme ayant un volume « faible », « moyen » ou « élevé » d'après ce seuil. Si aucun seuil critique n'a été déterminé, le nombre d'interventions pratiquées à l'hôpital a été illustré à l'aide de points de taille proportionnelle.

NOTES RELATIVES À LA MÉTHODE

a. Les données relatives au nombre d'interventions comprennent celles qu'ont subies les patients d'autres provinces ou de RLISS non précisés (code RLISS « XX » et « YY ») étant donné que l'expérience d'un établissement tient compte de toutes les interventions qu'un chirurgien effectue et non pas uniquement de celles que subissent les patients ontariens. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, les interventions subies par les patients correspondant au code RLISS « XX » ou « YY » sont exclues du calcul des taux normalisés.

b. Il est impossible de porter un jugement sur les hôpitaux d'après les volumes indiqués sur les cartes. Le nombre d'interventions pratiquées par chaque chirurgien constitue le facteur essentiel. Il est possible que les hôpitaux comptent plusieurs chirurgiens pratiquant des interventions et que ces derniers opèrent dans plusieurs hôpitaux. Il serait nécessaire d'effectuer d'autres recherches afin de tenir compte des nombreuses variables qui influent sur le nombre d'interventions pratiquées dans les hôpitaux, ce qui dépasse la portée de ce projet.

[1]Le ratio des taux correspond au ratio de deux taux.

Comité consultatif ontarien des technologies de la santé
www.health.gov.on.ca/ohtac
OHTACinfo.moh@ontario.ca

Secrétariat des services consultatifs médicaux
www.health.gov.on.ca/mas
MASinfo.moh@ontario.ca

20, rue Dundas Ouest, 10e étage
Toronto (Ontario) M5G 2C2

Tél. : 416 314-1092
Téléc. : 416 325-2364
ATS : 1 800 387-5559

ISBN 978-1-4435-4854-0

Ontario

Comité consultatif ontarien des technologies de la santé
www.health.gov.on.ca/ohtac
OHTACinfo.moh@ontario.ca

Secrétariat des services consultatifs médicaux
www.health.gov.on.ca/mas
MASinfo.moh@ontario.ca

20, rue Dundas Ouest, 10e étage
Toronto (Ontario) M5G 2C2

Tél. : 416 314-1092
Téléc. : 416 325-2364
ATS : 1 800 387-5559